

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N° 109

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 décembre 1901, à 1 heure

par

G. BARRET

Né à Besançon (Doubs) le 7 Avril 1872

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

LA

MALADIE DE BASEDOW

DANS L'ENFANCE

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : { MM. DIEULAFOY, professeur.
MERY, RENON, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N^{os}

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 décembre 1901, à 1 heure

par

G. BARRET

Né à Besançon (Doubs) le 7 Avril 1872

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

LA

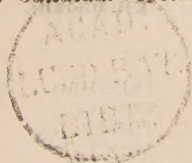
MALADIE DE BASEDOW

DANS L'ENFANCE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : { MM. DIEULAFOY, professeur.
MERY, RENON, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Professeurs		M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.		BERGER.
Thérapeutique.		POUCHET.
		N.....
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE.
	}	LANDOUZY.
Clinique médicale.		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		TERRIER.
	}	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON.

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD.	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAÏRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEVELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DEGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGREY	des trav. anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LA

MALADIE DE BASEDOW

DANS L'ENFANCE

AVANT-PROPOS

Nous avons eu récemment l'occasion de voir et de suivre pendant quelque temps dans le service de notre maître M. Variot à l'Hôpital des enfants, un petit malade âgé de 4 ans et demi qui présentait au complet les symptômes de la maladie de Basedow. Ce cas exceptionnel a fait l'objet d'une communication de la part de M. Variot et de son interne M. Roy à la Société de Pédiatrie (juin 1901). Le goitre exophtalmique est très rare dans l'enfance, une étude sur cette question était à faire, et M. Variot voulut bien nous la confier pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous tenons à le remercier ici de la bienveillance qu'il nous a témoignée non seulement à cette occasion

mais pendant toute la durée de notre séjour dans son service.

Nous voudrions aussi, au moment de terminer nos études médicales, exprimer notre gratitude à tous ceux qui ont été nos maîtres ; qu'il nous soit permis d'adresser un témoignage particulier de notre reconnaissance à ceux d'entre eux envers lesquels nous avons contracté des obligations plus étroites : à M. Walther et à M. Barth, qui furent nos premiers chefs dans les hôpitaux ; à nos maîtres pendant nos années d'externat : M. le Professeur Raymond, M. Aud'houi, M. Landrieux, M. Bazy ; à M. Bar dont nous avons été l'élève et qui a en d'autres circonstances acquis des titres particuliers à notre gratitude.

Nous remercions M. le Professeur Hutinel de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu historique

Les observations de maladie de Basedow dans l'enfance sont rares, et plus rares encore sont les travaux d'ensemble sur cette question. En France, la plupart des traités de pathologie infantile ne la mentionnent même pas. Cependant, dans le *Traité des maladies des nouveau-nés* (6^e édition 1873), Bouchut cite, sans commentaires, deux observations dont une seule concerne une malade âgée de moins de 15 ans. On trouve également un chapitre sur ce sujet dans le « *Manuel* » (5^e édition) de Despine et Picot. Les premiers auteurs qui rapportent des observations se bornent à signaler la rareté de la maladie chez l'enfant : Labarraque dont l'observation est la première en date, n'insiste même pas sur le jeune âge de son malade, non plus que Trousseau qui rapporte le même cas que dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu (1868). Seul, M. Zuber (*Archives de Médecine des Enfants*, octobre 1900), rapportant le cas d'une petite malade observée par lui dans le service de M. le professeur Grancher donne en même temps un aperçu historique de la question et trace un tableau clinique du goître exophtalmique chez l'enfant.

La littérature médicale allemande est un peu plus riche, ce qui peut tenir à ce que la grande majorité des observations publiées sont d'origine allemande. Dans le *Gerhardts Handbùch für Kinder krankheiten* (1878). Demme consacre un chapitre à la maladie de Basedow et rapporte une observation personnelle ; un autre cas est cité dans le même ouvrage par Dusch à l'article « Névroses cardiaques ». Baginsky traite également le sujet et publie une observation dans son *traité des maladies de l'Enfance*. Enfin un autre auteur allemand Ehrlich, consacre à l'étude de la question sa thèse inaugurale (Berlin 1890).

Mais le travail le plus étendu et le plus complet est celui que Steiner, assistant de Frühwald (de Vienne) fit paraître dans les « *Archiv für Kinderheilkunde* » 1896 XX-XXI.

Cet auteur publie trois observations personnelles et fait à ce propos une étude approfondie de la question ; il analyse minutieusement 28 observations, et signale dans la littérature, 11 autres cas dont il n'a pu retrouver les relations originales ; parmi ces derniers, comme nous le verrons plus loin, un certain nombre doivent être éliminés. Ce travail de Steiner nous a été très précieux et a beaucoup simplifié nos recherches.

L'année suivante (1897) dans les *Wiener Medicinische Blatter*, Steiner résume son étude antérieure et l'augmente de trois observations.

Les deux cas les plus récents sont ceux que rapportent M. Zuber (1900) et M. Variot.

Ils portent à 6 le nombre des observations publiées

jusqu'ici en France. Les autres appartiennent à Labarraque (1860) à Bouchut (1873) et à Gagnon (1876), qui en publie deux. Cette rareté particulière des observations françaises est digne de remarque. La plus caractéristique d'entre elles et la dernière en date, est celle que rapporte M. Variot ; l'âge du malade qu'elle concerne, de beaucoup plus jeune que tous ceux observés antérieurement, lui donne du moins un intérêt tout particulier ; il s'agit en effet d'un petit malade de 4 ans $\frac{1}{2}$, alors que le plus jeune des enfants dont on nous rapporte les cas, est âgé de 8 ans (Gagnon), et qu'aucun autre n'a moins de 12 ans.

Les observations allemandes, ou du moins publiées en langue allemande sont, avons-nous dit, beaucoup plus nombreuses.

Nous en avons réuni 25, la plupart analysées dans le travail de Steiner. Pour 23 d'entre elles, nous avons eu en main les textes originaux et nous en donnons la traduction complète. Moins heureux pour les deux autres, nous avons dû nous borner aux indications données par Steiner.

Les observations anglaises sont au nombre de 10, dont 6 appartiennent à des médecins américains ; nous les publions toutes, sauf une pour laquelle nous ne pouvons donner qu'une simple indication bibliographique.

Enfin Steiner signale une observation italienne, celle de Cardarelli, qu'on trouve également citée dans la *Revue des sciences médicales* (1884, p. 531). Nous n'avons pu nous procurer l'ouvrage où elle fut publiée.

A la suite des faits dont il donne l'analyse, Steiner

rapporte trois cas observés chez l'adulte, mais où le début de la maladie semble remonter à l'enfance (1). Nous n'avons pas cru devoir en tenir compte dans notre statistique, voulant borner notre étude aux faits réellement observés avant la puberté.

Enfin en recherchant les originaux de quelques cas que le même auteur se borne à signaler, nous avons été amené à en éliminer un certain nombre ; ce sont ceux des auteurs suivants.

Deval Ch. (Traité des Mal. des yeux. Paris 1862, p. 819). Il s'agit d'une petite fille de 2 ans 1/2 qui présente à la suite d'une scarlatine, une exophtalmie unilatérale ; on ne signale ni goître, ni tachycadie.

Oliver (A Case of epilepsy. Brain 1888. X, 499). C'est seulement à l'âge de 23 ans qu'apparaissent les symptômes de la maladie de Basedow, chez une épileptique.

Withe (Méd. chir. transact. 1885, II, 221. On the pathological histology....) Nous n'avons pas trouvé dans cette étude le cas signalé par Steiner.

Daubresse (Thèse Paris, 1884) : le fait dont il s'agit

1. *Duncan Bulkley (Chicago Journal of nerv. and ment. dis. 1875 octobre),* Maladie de Basedow chez un ouvrier de 31 ans qui étant écolier souffrait déjà de palpitations.

Chvostek. (Wien. med. Wochenschr., 1872). Malade âgé de 20 ans ; les symptômes du goître exophtalmique ont apparu vers l'âge de 15 ans.

Henoch (Hénoch-Romberg loc. cit.). Jeune fille de 20 ans chez laquelle la maladie de Basedow s'est établie à l'âge de 13 ans, au moment de la menstruation.

n'est autre que celui de Labarraque cité d'autre part.

Th. Bonnet (Louis. *Mém. de l'Acad. roy. de chirurgie.* Paris 1774, p. 200). Un enfant de 3 ans présente une exophtalmie unilatérale passagère; on ne signale ni goître, ni tachycardie.

Hoin (Louis, *loc. cit.*). L'exophtalmie unilatérale, douloureuse, développée en 3 jours est également isolée. Elle nécessite l'extirpation du globe oculaire.

Ces deux derniers cas ne sont d'ailleurs pas retenus par Steiner.

Au total, nous réunissons 42 observations de maladie de Basedow constatées avant la 15^e année. Sur trois d'entre elles nous avons trop peu de renseignements pour pouvoir les utiliser (1). C'est donc sur 39 cas que nous pouvons baser une étude clinique de cette affection dans l'enfance. Nous ne songeons pas, cela va sans dire, à en retracer la description; nous voudrions seulement relever les particularités qu'elle présente dans le jeune âge au point de vue de l'étiologie, des symptômes et de l'évolution. Nous ajouterons quelques mots au sujet de la pathogénie et du traitement.

1. Ce sont celles de

Cardarelli (*La malattia nervosa e funzionale del cuore*, Naples 1882). Il s'agit d'un enfant de 12 ans présentant à la fois une maladie de Basedow et une paralysie pseudo-hypertrophique.

Eisenschütz (*Naturforscher congress.*, Vienne, 1894), qui mentionne « quelques cas de maladie de Basedow au moment de la puberté ».

Mac Kee (*Philadelphia polyclinic*, 1895, IV, 33).

CHAPITRE II

Observations.

OBSERVATION I

Henoch-Fomberg, 1851.

A. S... jeune fille de 14 ans, pas encore réglée. Soignée déjà à la clinique en 1848 pour de l'anémie qui céda à la médication ferrugineuse, revint en octobre 1849, se plaignant des mêmes maux qu'à la première visite. La pâleur de la peau et des muqueuses permet de reconnaître au premier abord une anémie prononcée.

Le lobe droit du corps thyroïde est nettement tuméfié et de consistance molle ; les jugulaires externes dilatées et animées de battements visibles ; la main appliquée sur les régions sus-claviculaires perçoit une vibration intense. Souffles anémiques très prononcés.

L'impulsion cardiaque renforcée, est perceptible à la vue et au toucher dans l'étendue de trois espaces intercostaux.

La matité cardiaque s'étend de la 2^e à la 6^e côte, et transversalement, du bord du sternum jusqu'à une petite distance en dehors du mamelon gauche.

Le premier bruit du cœur est accompagné d'un souffle intense, présentant son maximum à l'union du troisième cartilage costal et du sternum.

Les symptômes subjectifs surajoutés : dyspnée, accrue par l'effort, grande lassitude, Pica, irrégularité des selles, sont en rapport avec la dilatation cardiaque et l'anémie de la malade.

La médication martiale, instituée le 12 novembre 1849 et continuée presque sans interruption jusqu'en janvier 1851, amène une amélioration évidente. On voit non seulement disparaître les signes d'anémie, pâleur et lassitude, mais l'impulsion cardiaque se modère considérablement et se circonscrit davantage ; les souffles anémiques et le souffle cardiaque disparaissent complètement, et la matité précordiale ne commence plus qu'au dessous de la troisième côte.

Enfin le goître ne persiste plus qu'à l'état de vestige. Il n'y a jamais eu d'exophtalmie.

OBSERVATION II

Praël 1857.

Il s'agit d'une fille de service, blonde aux yeux bleus, de tempérament calme. Au cours de sa quinzième année, pendant laquelle s'établit, irrégulièrement, la menstruation, elle eut une violente attaque d'éclampsie, provoquée par une émotion, et présenta consécutivement, outre une maladie d'estomac douloureuse, de la chlorose, qui céda au traitement par le lactate de fer.

Bientôt après on remarqua une saillie singulière de l'œil droit.

Cette exophtalmie devint plus considérable encore pendant la vingtième année (la jeune fille était reprise alors par la chlorose, à la suite d'abondantes hématomèses) sans que l'on observât ce pendant de bourrelet conjonctival, même pendant les phases d'augmentation périodiques de la saillie oculaire. En même

temps se développe un léger goitre. La malade n'a jamais rien eu qui pût faire supposer un affection cardiaque.

Le traitement (Elix. acid. Hall.) fit diminuer le goitre et l'exophthalmie. La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION III (résumé)

Labarraque, 1860.

Th..., 14 ans 1/2. Bonne constitution, un peu lymphatique. A 12 ans il va au collège et se livre aux jeux de son âge et à l'exercice de la natation sans le moindre essoufflement ; cependant on avait remarqué depuis plus de deux ans une susceptibilité spéciale à l'égard des bains de mer, qui ne peuvent être tolérés que pendant un temps très court.

Un peu plus tard, il y a 18 mois, la vue se modifie ; et en quelques semaines s'établit une myopie prononcée, nécessitant le port de lunettes du n° 9.

Vers les premiers jours d'août 1860, l'écolier part en vacances ; il n'éprouvait rien de particulier et avait seulement un peu moins bonne mine qu'à l'ordinaire.

Une semaine environ après son arrivée à Villerville on remarque qu'il a le cou gros, surtout à sa base. Quelques jours plus tard, cette tuméfaction a augmenté sensiblement.

Dès ce moment les bains de mer deviennent impossibles. Dès le premier bain, au moment même de l'immersion, une violente oppression se manifeste ; la suffocation est imminente ; le jeune homme a à peine le temps de se retirer.

Le traitement iodé (iodure de fer à l'intérieur, onctions iodurées sur le goitre) ne donne aucun résultat. La tumeur augmente et la dyspnée apparaît.

A la fin des vacances pourtant, une amélioration passagère se manifeste, et l'écolier se dispose à reprendre ses études.

Mais au bout de 8 jours, la maladie reprend son cours et fait des progrès effrayants. Le goître grossit à vue d'œil ; l'oppression augmente rapidement.

Trois jours après survient un paroxysme aigu avec crise de suffocation. L'enfant est à demi asphyxié. La glande thyroïde, énormément tuméfiée, est soulevée par de violentes pulsations artérielles. Les yeux sont fortement chassés hors de leurs orbites ; la vue est très diminuée. Le pouls bat 124 fois par minute.

Traitement. — Saignée, révulsifs, purgatifs ; glace au devant du cou. Digitale à l'intérieur.

Les symptômes s'améliorent, et vingt jours après le malade est en pleine convalescence. La respiration est bonne, la vue est redevenue nette, quoique restée myope ; la glande thyroïde n'a plus qu'un léger degré d'hypertrophie. Le pouls était descendu à 72, le septième jour après la crise.

OBSERVATION IV

Hawkes 1861.

Une petite fille de 5 à 6 ans était récemment conduite à l'hôpital par sa mère, parce que son cou grossissait. C'est une enfant intelligente, très impressionnable, frêle et nerveuse ; les yeux sont un peu gros, mais sans exophtalmie véritable ; la mère affirme cependant qu'ils ont paru parfois lui sortir de la tête. Il existe une notable tuméfaction du corps thyroïde, de consistance molle, élastique et donnant au toucher la sensation de paquets de varicosités. Les veines du cou sont dilatées ; la dis-

tension extrême de la jugulaire externe me donne l'idée d'ausculter le cœur : on entend à la base un souffle fort et rude, se propageant vers la clavicule droite ; le choc du cœur est violent, le pouls, dépressible et petit. J'apprends que l'enfant est sujette à des palpitations, que réveille le moindre effort. Elle a toujours été ainsi ; elle n'a jamais eu de rhumatisme, n'est pas sujette aux syncopes, et ne présente pas de cyanose de la face ni des lèvres. La mère ne semble pas se douter que sa fille puisse avoir quelque chose au cœur ; mais elle m'apprend qu'un autre membre de la famille présente les mêmes troubles et est sujet aux palpitations. Le père lui-même a présenté des accidents analogues. J'applique pour la forme et sans en attendre grand effet une bonne couche de teinture d'iode sur la tumeur, et je fais quelques recommandations au sujet du régime et du genre de vie. Je revis la malade quinze jours après. La trace de la teinture d'iode persistait encore, mais la tuméfaction du cou avait presque disparu ; le corps thyroïde avait beaucoup diminué de volume ; la dilatation veineuse était moins considérable. J'attribuai cet heureux résultat principalement au repos et à la suppression de toute fatigue et de toute émotion. Je renouvelai le traitement et fis revenir la malade. Je l'ai revue deux ou trois fois depuis ; le corps thyroïde est presque normal. Le choc cardiaque s'est modéré ; le souffle systolique a assez diminué pour échapper à un examen superficiel.

OBSERVATION V

Rosenberg 1861.

Margarethe L..., petite fille de 7 ans. Son père tuberculeux avéré, a été soigné à plusieurs reprises pour des points de côté

et des hémoptysies. Sa mère bien portante en général, souffrit, depuis son dernier accouchement, datant de 14 mois, de ménorrhagies qui la fatiguent et l'affaiblissent de temps en temps.

M. L., au dire de sa mère, fut très bien portante jusqu'à un an et demi. A ce moment elle fut atteinte d'une éruption croûteuse siégeant au pourtour des lèvres et sur le menton. Cette éruption dura 18 mois et céda au traitement par l'huile de foie de morue. Presque aussitôt après, la petite malade, alors âgée de 3 ans, souffrit de maux d'yeux, et d'après ce que raconte la mère, présenta, presque chaque semaine une fois, pendant la nuit, un accès de toux croupale. Au bout d'un an, rougeole, après laquelle la maladie d'yeux qui persistait sans modifications, s'aggrava considérablement. Attouchements répétés, douches, port de lunettes, rien n'y fit. Finalement la guérison se serait produite d'elle-même, sans le secours d'aucun traitement. Cette guérison, relatée par la mère, paraît avoir été provoquée par le changement d'air; la petite fille passa alors plusieurs mois au bord de la mer et à la campagne. Depuis cette époque jusqu'à la fin de juin de cette année, l'enfant paraît n'avoir eu aucune maladie locale ou générale.

Lorsque je la vis pour la première fois, au début de l'année dernière, je fus surpris dès l'abord par l'étrangeté de son regard et de son expression; et chaque fois que je la revis, je retrouvai ce caractère étrange à sa physionomie. Malheureusement, je ne pus ce jour là l'examiner plus sérieusement.

Le 1^{er} juillet de la même année, appelé auprès de cette enfant malade depuis quelques jours, je la trouvai atteinte d'une scarlatine typique, de moyenne intensité. Seul, le pouls présentait des caractères anormaux; il n'était pas accéléré, mais irrégulier et intermittent. Cependant la maladie suivait une marche favo-

nable, exempte d'incidents, et la petite fille se rétablissait dans les délais habituels. Mais la fonction du cœur ne reprenait pas son équilibre normal et restait troublée dans son rythme.

Je cherchai d'abord quel lien pouvait exister entre la scarlatine et les troubles du cœur ; mais j'acquis bientôt la certitude, en rétablissant les faits dans leur ensemble, que l'affection cardiaque était absolument indépendante de la scarlatine, aussi bien dans son origine. que dans sa marche ultérieure. Le père me confirma dans cette opinion en me déclarant qu'il avait constaté déjà dans les années précédentes de l'irrégularité et de l'intermittence du pouls chez son enfant. Aussi me mis-je à rechercher assidûment la véritable cause de cette affection cardiaque ; et je la trouvai après bien des tâtonnements je l'avoue, là où je la soupçonnais le moins, dans une maladie de Basedow.

Des examens répétés de l'enfant, nous donnent les résultats suivants :

M. L... est une enfant très bien douée, de caractère affectueux et enjoué ; elle a 7 ans, mais sa taille et son développement la font paraître plus âgée. Le visage est pâle, avec une nuance subictérique ; les yeux sont très proéminents. Cette saillie des yeux, que la mère croit avoir remarquée depuis longtemps déjà est prédominante à gauche (ce qui explique le ptosis apparent du côté droit) et des deux côtés son intensité varie d'un jour à l'autre ; mais même lorsqu'elle est au minimum, les yeux gardent une grosseur anormale, et laissent toujours voir entre les paupières, une étendue inusitée de leurs globes. Ils ne présentent pas de douleurs ni spontanées ni provoquées par la pression. Celle-ci ne donne pas de sensation de résistance particulière. Leur motilité est intacte ; l'occlusion des paupières se fait facilement et complètement. Pas de troubles de la vision ; la distance

de la vision distincte pour les objets rapprochés paraît un peu raccourcie. A l'examen immédiat le bulbe oculaire et ses enveloppes paraissent sains.

Le pli naso-labial gauche est un peu effacé, la joue du même côté paraît un peu flasque et pendante, et la bouche est légèrement oblique et relevée vers la droite. Pas de troubles fonctionnels dans les territoires de la troisième branche du trijumeau et du facial.

Ganglions de la nuque et du cou normaux.

Par contre, le corps thyroïde présente une tuméfaction notable, prédominante sur le lobe droit. Cette tuméfaction, remarquée par la mère depuis un an, est variable d'un jour à l'autre ; de consistance molle, recouverte d'une peau normale, indolore, elle ne présente ni pulsations, ni souffles.

La matité cardiaque s'étend du bord inférieur de la deuxième côte gauche, au quatrième espace intercostal. La percussion est normale dans la région sternale inférieure ; mais la matité se prolonge anormalement vers la gauche. Dans le deuxième espace gauche on perçoit de fortes pulsations, et dans le quatrième espace gauche en dedans de la ligne mamillaire on sent le choc de la pointe, propagé assez loin vers la gauche. L'auscultation du deuxième espace gauche fait entendre le premier bruit normal, le deuxième rude et renforcé. A droite au même niveau le premier bruit est très assourdi. Au même endroit et sur les deux bords du sternum, on entend un souffle musical qui apparaît et disparaît irrégulièrement, qui est continu lorsqu'il existe, et semble indépendant aussi bien des bruits cardiaques, que du murmure respiratoire. Dans la région précordiale les bruits du cœur sont nets et normaux. La palpation et l'auscultation font percevoir quelques irrégularités et quelques inter-

mittences dans la fonction cardiaque, le pouls; pendant les périodes de repos, bat de 19 à 27 fois au quart de minute.

Poumons sains.

L'abdomen est un peu distendu. La matité hépatique ne dépasse pas le rebord costal. La matité splénique atteint le rebord des côtes, la rate n'est pas accessible à la palpation. Rien à noter du côté de l'estomac, de l'intestin, de l'appareil urinaire.

L'examen de l'urine donne les résultats suivants :

Quantité en 12 heures 450 C₃, D : 1030. Réaction franchement acide ; elle laisse déposer un sédiment cristallisé abondant de phosphates acides et de phosphate tricalcique. L'urine filtrée laisse échapper dans le vide du CO² en abondance, sans précipitation des phosphates. A l'ébullition, elle se trouble par production d'un précipité phosphatique amorphe, qui est redissout par l'acide acétique. L'urine filtrée, laissée 12 heures à 15° devient franchement alcaline, mais se trouble très peu. Tous les phosphates sont précipités à 100°. Pas de sucre, ni d'albumine.

La peau ne présente pas de lésions, mais est très sèche, rude et s'exfolie par endroits.

En rapprochant l'impression que me fit la petite malade en janvier 1864, les rapports des parents et enfin l'état actuel, je crois pouvoir placer avec certitude le début de la maladie au milieu de la sixième année, sinon plus tôt.

OBSERVATION VI (résumée).

Fouchut 1867.

Aurélié F..., 13 ans ; née à Paris de parents issus de la Ferté-sous-Jouarre, pays goîtreux, a dans sa famille une cousine affectée d'un goître énorme. Elle a vécu principalement à La Ferté ; mais c'est à Paris, depuis deux ans environ que le goître s'est manifesté chez elle en même temps que des palpitations. Traitée à St-Louis, sa tumeur avait diminué de volume, et elle se croyait en voie de guérison, lorsqu'elle a été prise il y a deux mois, de dyspnée, de cyanose avec menace de suffocation.

Enfant grande, bien développée, non pubère ; teint rouge et parfois violacé ; regard étrange et fixe. La vue est bonne ; la papille est congestionnée ; les veines rétiniennes sont normales. Exophtalmie légère.

Goître assez volumineux, prédominant sur le lobe gauche.

Pouls dépressible, battant 112 fois par minute.

Matité précordiale de 10 centim. carrés. Battements du cœur sourds ; souffle rude au premier temps avec maximum à la base et propagation dans l'aorte.

Poumons, tube digestif, normaux.

De temps à autre, l'enfant a des crises caractérisées par une perte de connaissance, avec roideur des membres et cyanose du visage ; ces crises durent quelques minutes, apparaissent la nuit comme le jour, et sont revenues jusqu'à vingt fois en 24 heures. C'est pendant ces crises qu'il y a une orthopnée considérable, sans expectoration.

Mauvais sommeil ; peau chaude, un peu moite.

Traitement : tisane de tilleul ; poudre de digitale 0,70.

Pendant les deux premiers mois de son séjour à l'hôpital l'enfant a des crises convulsives assez fréquentes ; mais ces crises disparaissent bientôt et sont remplacées par des mouvements convulsifs choréïques des quatre membres, qui persistent pendant une quinzaine de jours et cèdent à la médication arsenicale. A la fin de cette période on observe un amaigrissement prononcé, une prostration considérable. La température atteint 39° ; le pouls varie de 105 à 116. Il n'y a ni diarrhée ni vomissement. Huit mois après, l'état général est redevenu bon ; mais au cœur le bruit de souffle est le même ; le goître n'a pas diminué ; seule l'exophtalmie est moins prononcée.

OBSERVATION VII

Solbrig, 1871.

Après avoir rapporté l'observation d'un cas de maladie de Basedow chez une femme de 42 ans, mère de plusieurs enfants, et soignée par lui, l'auteur ajoute :

J'avais cessé depuis quinze jours de soigner cette dame lorsqu'elle me fit appeler pour son jeune fils. Ce garçon, âgé de huit ans, frêle, maigre et pâle, avait été troublé dans son sommeil la nuit précédente par des palpitations et une violente dyspnée. Je pensai dès l'abord à une péricardite ou à une endocardite ; mais les signes physiques essentiels de ces affections étaient absents ; il n'y avait rien en dehors des palpitations. A l'auscultation on entendait le choc du cœur, dans le sens de la hauteur, sur le bord droit du sternum, du deuxième au septième espace intercostal ; et dans le sens de la largeur, jusqu'à deux doigts au delà du mamelon ; pouls, 120. Il existait une

dyspnée intense et continue, accompagnée de sueurs profuses, avec éruption miliaire sur le cou et le dos. La mère ne put relever aucune cause provocatrice, telle qu'un refroidissement ou une faute de régime : par contre elle attira mon attention sur les points suivants :

L'enfant, intelligent, studieux et docile avait mérité les premiers prix de sa classe et le jour de la distribution était proche ; l'enfant que la perspective de cet événement réjouissait, se montrait néanmoins plus inquiet et agité de jour en jour, et la mère croyait pouvoir expliquer par cette nervosité le trouble actuel. Ces circonstances, jointes à l'absence de signes de péricardite, pouvaient jusqu'à nouvel ordre, confirmer le médecin dans l'idée que les palpitations étaient d'ordre purement nerveux. On ordonna de petites doses de digitale en infusion, avec de l'eau de laurier-cerise.

Le lendemain, je constatai avec surprise, outre la persistance des symptômes précédents, une tuméfaction du corps thyroïde et une saillie des yeux, tellement accusées que le diagnostic s'imposait ; il s'agissait d'une forme aiguë de la maladie de Basedow. L'évolution ultérieure confirma ce diagnostic. L'apparition du goître et de l'exophtalmie semblent marquer l'acmé du processus aigu.

Au bout de deux jours les symptômes s'atténuaient ; les sueurs profuses et la dyspnée disparaissaient ; le goître diminuait, le sommeil revenait ; on voyait s'apaiser l'excitation cardiaque et le pouls tombait à 80 ; Au bout de huit jours on cessait le traitement, et le dixième jour, l'enfant guéri, ne réclamait plus aucun soin.

OBSERVATION VIII

Chvostek, 1875.

Thérèse Kernhofer, fille de fonctionnaire, 12 ans, parents bien portants. Sa sœur plus âgée de 2 ans est de bonne et robuste santé. Pas de maladies nerveuses dans la famille. La petite fille elle-même a toujours été d'une bonne santé, d'une humeur vive et gaie, un peu plus délicate cependant que sa sœur aînée. Elle habite Vienne et ne peut faire que de rares et courts séjours à la campagne.

Depuis deux ans les parents ont remarqué qu'elle se fatigue plus facilement ; et qu'elle se plaint fréquemment après avoir couru d'oppression et de points de côté. Dans les derniers temps comme l'enfant devenait très pâle, et que la fatigue s'accroissait de même que les points de côté, la mère s'inquiéta, et conduisit sa fille, il y a six semaines, à un médecin. Celui-ci diagnostiqua une maladie organique du cœur et institua un traitement approprié.

Il y a 4 semaines, la mère remarqua que le cou de son enfant grossissait. Cette tuméfaction du cou aurait pris dans l'espace de 14 jours son volume actuel et serait restée stationnaire.

Au même moment la fixité du regard et la prééminence des yeux furent observées par la mère.

En outre elle remarqua dans les derniers temps que certaines parties du visage, les oreilles, tantôt l'une, tantôt l'autre, ou les deux à la fois, étaient le siège d'une rougeur intense, toujours passagère, durant au plus quelques heures.

La dyspnée est très fréquente ; elle est moins prononcée après l'ascension d'un escalier, la course, ou un effort quelconque, que

pendant les repas. Il n'y a pas de palpitations, mais des points de côté fréquents, surtout à gauche, et coïncidant avec les crises de dyspnée.

On ne relève aucune cause plus directe de l'apparition de la maladie. La vue de la malade aurait un peu baissé dans les derniers temps.

Examen du 21 février 1873.

La malade est assez grande pour son âge, mince, pauvre en muscles et en tissu graisseux. La peau est blanche, pâle, souple, la chevelure abondante, blonde. Pas de symptômes encéphaliques, sinon une grande irritabilité psychique. Le sommeil est bon.

Les yeux sont très proéminents ; les paupières laissent à découvert 2 ou 3 millimètres de la sclérotique au-dessus et au-dessous de la cornée. Le battement des paupières se fait rarement et incomplètement. L'œil est hagard. Les paupières supérieures ne suivent pas exactement les globes oculaires lorsqu'ils s'abaissent. La malade peut encore fermer les yeux ; ceux-ci ont un éclat extraordinaire. Les mouvements des globes oculaires ne sont pas entravés. Pupilles normales, réagissant bien à la lumière. Paupière s un peu œdématiées et bleuâtres. Les autres organes des sens sont intacts.

Les veines du cou ne sont pas dilatées ; les carotides et les artères thyroïdiennes inférieures et supérieures sont distendues et battantes. Au niveau des artères thyroïdiennes, et principalement à droite, on perçoit par la palpation un frémissement très net, et par l'auscultation un bourdonnement prononcé. Le corps thyroïde est notablement tuméfié ; il occupe au devant du cou une étendue de 13 cm. et demi, la hauteur du lobe droit est de 8 cm. Celle du lobe gauche de 7 cm. ; sa consistance est élastique.

L'impulsion cardiaque est perçue du troisième au sixième espace intercostal, et du bord gauche du sternum à la ligne axillaire gauche ; elle a son maximum dans le cinquième espace intercostal, au-dessous du mamelon ; les espaces intercostaux et les côtes elles-mêmes, sont soulevées par les battements cardiaques. Dans le deuxième espace gauche, tout près du sternum, aussi bien pendant la systole que pendant la diastole, la main perçoit une pulsation prononcée qui provient évidemment de l'artère pulmonaire.

La matité précordiale s'étend : dans le deuxième espace depuis le milieu du sternum jusqu'à un demi-pouce au-delà de son bord gauche ; dans le troisième espace, depuis le bord droit du sternum jusqu'à la ligne mamillaire, dans le quatrième espace depuis le bord droit du sternum jusqu'à la largeur d'un plessimètre au-delà de la ligne mamillaire. Les bruits du cœur sont nets et bien localisés. Les artères périphériques sont un peu contractées. Le pouls bat 110 fois par minute, au repos.

Les glandes mammaires sont encore très peu développées ; la menstruation n'est pas encore établie. Au reste rien d'anormal sur ce point de vue.

Le courant étant fourni par une forte batterie Siemen-Halske, l'anode placée à la partie supérieure du sternum, la cathode au niveau du ganglion cervical supérieur du sympathique, on provoque une légère sensation de brûlure à gauche avec 5 éléments, à droite avec 8 éléments ; le courant étant dirigé vers la région occipitale (apophyses mastoïdes) il faut 8 éléments pour éveiller la sensation de brûlure ; on place alors l'anode sur la colonne lombaire, et la cathode sur les apophyses épineuses des diverses vertèbres ; au niveau des premières vertèbres cervicales, il faut 10 éléments pour provoquer la brûlure ; au niveau de la qua-

trième cervicale, 8 éléments ; au niveau de la sixième, 5 éléments.

La malade ne fut suivie que quelques jours. On appliqua des courants galvaniques faibles, sur les régions indiquées plus haut, une minute sur chaque région sans obtenir, en ce court espace de temps, aucun résultat.

OBSERVATION IX

Jacobi 1875.

Mary S..., 10 ans, malade depuis plusieurs années, observée pour la première fois pendant l'été de 1874. Bien développée, de taille moyenne, pâle, et de petit appétit, écolière intelligente et travailleuse.

Elle aurait parfois de l'œdème de la face et des pieds.

L'intestin et la vessie fonctionnent bien. Elle se plaint d'une grande faiblesse ; la marche lui est très pénible, son cœur bat violemment ; et le moindre effort provoque de la dyspnée. La zone de matité cardiaque est augmentée ; le choc de la pointe est perceptible au toucher et à la vue, du troisième au sixième espace intercostal. A l'auscultation, on entend, avec une égale force dans toute la région précordiale, un souffle systolique sonore, se propageant le long de carotides. Aucune maladie antérieure sauf la malaria ; pas de rhumatisme. Il n'y avait rien ou du moins rien n'a été remarqué alors, du côté du cou ou des yeux. Les poumons étaient sains, de même que les viscères abdominaux. Je portai le diagnostic d'endocardite chronique, avec un pronostic sérieux. Le fer, la digitale et le régime firent les frais du traitement qui fut suivi pendant tout l'automne et l'hiver. Je revis la malade au commencement de septembre 1875.

Elle semblait améliorée ; la marche était plus facile ; l'appétit était meilleur. Les symptômes locaux n'étaient pas modifiés, le cœur était peut-être un peu moins gros ; le souffle systolique persistait sans changements. En outre, je remarquai une légère exophtalmie, avec une certaine fixité et un certain éclat des yeux un peu de gonflement de la paupière inférieure, et je notai un goitre prononcé. Le diagnostic de maladie de Basedow s'imposait, et le pronostic variait en conséquence. La malade prit du fer et de la digitale régulièrement pendant 3 mois, et je la revis, améliorée, en janvier 1876. Depuis elle a été soignée de temps à autre, mais elle est toujours anémique, et garde encore un léger souffle au cœur.

OBSERVATION X

Jacobi (loc. cit.).

Louisa W...., 9 ans, a déjà été soignée pendant plusieurs mois il y a deux ou trois ans, et sa maladie est déjà très atténuée lorsqu'elle se présente à mon examen. De petite taille, d'apparence anémique, c'est une enfant intelligente et studieuse.

Les pulsations cardiaques sont appréciables à la vue et à la palpation dans l'étendue de trois espaces intercostaux ; les carotides battent violemment.

On entend un souffle systolique intense propagé à toute l'étendue du thorax. Il n'y a pas d'exophtalmie.

Le corps thyroïde est très légèrement tuméfié du côté gauche, son lobe droit est beaucoup plus saillant.

Ce n'est pas la première fois du reste que je note une tuméfaction thyroïdienne unilatérale dans la maladie de Graves. Le fer, la digitale, la quinine, et un régime fortifiant amenèrent

une amélioration marquée. Quand je revis la malade quatre mois après, son état était presque normal ; elle était restée frêle, il n'y avait pas d'exophtalmie ; le goître n'existait plus que sur le lobe droit et il y était moins marqué ; les battements cardiaques s'étaient modérés, le souffle était moins prononcé. La guérison complète ne faisait aucun doute.

OBSERVATION XI

Jacobi (*loc. cit.*).

Observation analogue à la précédente. Petite fille de neuf ans, de taille moyenne, un peu anémique. Battements cardiaques violents ; souffle systolique intense et diffus. Pas d'exophtalmie. Goître très marqué sur le lobe droit, très léger sur le lobe gauche. On n'a pas de renseignements sur l'histoire de la maladie. Le même traitement est prescrit, mais on ne peut en suivre les effets.

OBSERVATION XII

Gagnon, 1876.

Le 4 mars 1871, je reçois une petite fille de 8 ans, de Puy-Guillaume (Puy-de-Dôme), indigente, mal nourrie, de constitution très débile. Je constate aussitôt chez cet enfant la triade symptomatique du goître exophtalmique en même temps que les symptômes de la chorée. Les battements du cœur sont très fréquents ; la glande thyroïde est un peu hypertrophiée sans prédominance d'un des deux lobes. Je constate un double exorbitisme très prononcé des deux côtés ; les paupières ne se rap-

prochent plus ni pendant le sommeil, ni pendant la veille ; il existe une double kératite avec ulcération de la cornée droite.

J'observe des mouvements saccadés de la tête et du tronc, très étendus et très fréquents ; la préhension et la marche présentent une grande difficulté ; l'amaigrissement est prononcé.

J'apprends que la saillie des yeux remonte à trois mois environ, qu'elle a été progressive, et que les mouvements irréguliers sont beaucoup plus récents. Je prescris le sirop de digitale, une préparation arsenicale, et un régime tonique non excitant. Le 29 mars, les mouvements choréïques sont moins étendus et moins fréquents ; l'exophtalmie a diminué ; mais l'enfant est très faible. Depuis cette époque je n'avais plus entendu parler de la malade, et j'ai appris tout récemment qu'elle avait succombé.

OBSERVATION XIII

Gagnon, *loc. cit.*

Jeune fille de 12 ans, non réglée ; très nerveuse ; rien à noter dans l'hérédité ; pas de rhumatisme antérieur. Depuis un mois, l'amaigrissement est devenu très notable ; le caractère a changé brusquement ; d'égal et sensible qu'il était, il est devenu volontaire, bizarre et indifférent. A sa pension l'enfant ne prend plus part aux jeux tant elle éprouve de vives palpitations.

A l'examen, je constate de violents battements dans la région cardiaque ; la pointe bat dans le quatrième espace ; pas de voussure ; la matité absolue a une étendue qui ne dépasse pas 1 ctm. carrés environ. Pas de souffles. Claquements valvulaires secs et sonores ; battements carotidiens exagérés. Pouls 130. Température 93°.

La glande thyroïde est sensiblement hypertrophiée, son lobe droit est un peu plus saillant. On y perçoit un mouvement d'expansion, et on y entend un léger souffle intermittent. La voix faible, présente un certain degré de raucité.

Les paupières sont largement ouvertes; le regard est étrange; la sclérotique forme un grand cercle blanc autour de la cornée; avec un peu d'attention on y distingue l'insertion des muscles droits. Je remarque un léger épiphora. L'acuité visuelle est normale; la saillie du globe oculaire empêche l'occlusion complète des paupières; l'écartement entre leurs bords libres est de 3 millimètres environ; il est plus prononcé pendant le sommeil.

Dyspnée habituelle; appétit irrégulier, parfois exagéré; crises de diarrhée.

Le traitement par la digitale, le bromure, l'hydrothérapie légère, et un régime tonique, est suivi deux mois sans résultat.

A cette époque apparaissent les mouvements choréïques: Ils débutent par les doigts, puis se généralisent aux membres, à la tête, et au tronc. Pendant cette période le pouls monte à 150.

On ajoute une préparation arsenicale au traitement. La chorée d'sparaît au bout de 2 mois et demi; mais la triade symptomatique du goître exophthalmique persiste avec la même intensité. L'amaigrissement augmente. On observe quelques crises avec menace d'asphyxie.

OBSERVATION XIV

Pepper, 1877.

J. M..., âgé de 15 ans, né à Philadelphie, enfant mal développé; thorax rachitique. Les palpitations ont apparu il y a six ans, sans cause apparente; un an plus tard, apparut la tumé-

faction du corps thyroïde. Pas d'exophtalmie. Le corps thyroïde est actuellement volumineux, avec prédominance du lobe droit ; il est le siège d'un frémissement vibratoire prononcé. Le pouls varie entre 86 et 110 ; il y a de temps à autre des palpitations et de la dyspnée, et parfois de la difficulté à avaler.

OBSERVATION XV

Demme, 1878.

Il s'agit d'une petite fille de 3 ans 1/2, très anémique, soignée en 1866 à l'hôpital des enfants de Berlin, née de parents débiles, porteurs eux-mêmes de goîtres.

Les symptômes essentiels étaient les suivants :

Goître prédominant à droite, très vasculaire. Accélération du cœur.

Exophtalmie prononcée. Mouvements de latéralité des deux yeux presque complètement supprimés. Mouvements de convergence intacts. Fentes palpébrales élargies. Occlusion des paupières incomplète. Examen ophtalmoscopique négatif.

La moitié droite du visage se couvre parfois de sueurs produites par accès ; cornet supérieur des fosses nasales plus rouge du côté droit. Température du conduit auditif externe plus élevée à droite de 0,5 à 0,7 dixièmes de degrés.

Organes thoraciques et abdominaux sains.

Amélioration des symptômes sous l'influence d'un traitement tonique et de la galvanisation au niveau du goître et des côtés du cou (action sur le sympathique cervical ?)

Sortie de l'hôpital après trois mois sur le désir des parents.

L'amélioration a continué depuis.

Au point de vue étiologique il faut signaler ce fait que l'en-

fant reçut un coup violent sur la tête trois semaines avant le début de l'affection. (De même dans une observation de de Græfe).

OBSERVATION XVI

Dusch, 1878.

J. K..., 13 ans, d'Heidelberg, se présente à la clinique au commencement de février 1875, pour de fortes palpitations et des étourdissements ; de plus il est porteur d'un goître volumineux. Dans sa première enfance il fut probablement rachitique, et eut plus tard diverses maladies infantiles, parmi lesquelles la rougeole et la scarlatine. Depuis quelques années, il souffre de palpitations, et présente un goître qui s'accroît sans cesse et progressivement. C'est par le lobe médian de la glande que l'hypertrophie aurait débuté.

Etat actuel. — Enfant petit et malingre ; le thorax porte des traces évidentes de rachitisme. La glande thyroïde présente une hypertrophie considérable, prédominante à droite ; circonférence du cou 35 centimètres. Les carotides sont animées de battements violents, sensibles à la vue, de même que les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures de chaque côté qui, très sinueuses et dilatées, atteignent le volume d'une plume d'oie. Les veines du cou et du corps thyroïde sont également dilatées. La main appliquée sur le goître et sur toute l'étendue du cou, perçoit un fort frémissement, surtout du côté droit. A l'auscultation, dans toute l'étendue du goître, et principalement au niveau des artères thyroïdiennes supérieures droites, on entend un murmure bourdonnant et sifflant, avec renforcement systolique perçu également au niveau des deux carotides ;

souffle veineux intense au niveau des deux jugulaires internes.

Les mouvements du cœur, très sensibles à la vue et au toucher, sont perçus dans les deuxième, troisième et quatrième espaces intercostaux; le choc de la pointe, renforcé, dans le quatrième espace, un peu en dedans de la ligne mamillaire. On perçoit en outre dans la région précordiale un frémissement systolique. La matité cardiaque est augmentée; elle commence sur le bord gauche du sternum au niveau du troisième cartilage costal; se prolonge à gauche jusqu'à un travers de doigt de la ligne mamillaire, et atteint à droite le bord droit du sternum au niveau des cinquième et sixième cartilages costaux. Souffle systolique intense, à la pointe; diminué à l'orifice pulmonaire.

Pouls radial de 108 à 120. Rate non tuméfiée. On n'observe pas la tache cérébrale de Trousseau. Pas d'exophtalmie, ni de retard dans l'occlusion des paupières. L'examen ophtalmoscopique permet de constater les pulsations de l'artère centrale de la rétine.

A partir du 5 février, l'enfant fut soumis régulièrement 3 fois par semaine à la galvanisation (un pôle sur la colonne cervicale, l'autre sur le bord interne du sterno-mastoïdien à la hauteur des artères thyroïdiennes supérieures). Au bout de 10 jours, les palpitations sont beaucoup moins pénibles. La circonférence du cou mesure 33 centimètres. Le pouls diminue de fréquence.

Le 15 mai. — On n'observait plus que des vestiges du goître. La circonférence du cou mesure 28 centimètres. Il existe encore un peu de palpitations. Le premier bruit est un peu sourd à la pointe; bruits normaux aux foyers d'auscultation pulmonaire et aortique. Pouls régulier, battant 90 fois par minute. La dilatation des vaisseaux du cou a disparu, de même que le frémissement et le souffle au niveau de la glande thyroïde et des carotides.

Le 14 août. — Le malade qui depuis quelques temps suit très irrégulièrement les séances de galvanisation, se plaint d'une recrudescence de palpitations ; le goître a réapparu, le cou mesure 29 centimètres de tour ; on observe des pulsations des artères thyroïdes supérieures droites, mais rien à l'auscultation. Pouls irrégulier, à 80.

Après une nouvelle série régulière de galvanisation, l'amélioration préalablement obtenue se rétablit, et l'enfant cesse le traitement en conservant un léger goître.

L'enfant a été revu récemment ; il conserve une légère hypertrophie du corps thyroïde ; pas de dilatation des vaisseaux du cou ; un peu de souffle veineux au niveau des jugulaires internes. Matité cardiaque normale ; choc de la pointe non exagéré, et non déplacé. Auscultation du cœur négative ; les mouvements ramènent seulement un peu de palpitations.

Bonne santé à tout autre point de vue.

OBSERVATION XVII

Sutton, 1878.

La malade, jeune fille de 13 ans, entre à l'hôpital en avril 1877. Elle a eu, il y a deux ans, un rhumatisme fébrile, et ne s'est jamais bien remise depuis ; elle souffre constamment de maux de tête, de dyspnée provoquée par l'effort. Elle est mal nourrie. En janvier 1877, elle remarqua au-devant de son cou une tuméfaction non douloureuse, qui augmentait progressivement. En février l'exophtalmie commença à se manifester, et progressa en même temps que le goître ; la céphalée persista, et plus tard apparurent de pénibles palpitations.

A son entrée à l'hôpital, c'est une enfant malingre, et présen-

tant d'une manière typique le syndrome de Graves. L'impulsion cardiaque se propage sur une grande surface ; la zone de matité précordiale est agrandie ; il n'y a pas de bruits surajoutés, mais un renforcement du deuxième ton pulmonaire. Les carotides battent violemment, le pouls radial, faible, bat 156 fois par minute. Le corps thyroïde est hypertrophié, et l'on y perçoit un thrill vibratoire. En mai on nota une affection fébrile, avec température de 39,2, mal de gorge, douleurs articulaires, qui disparut en une semaine. Pendant le mois de juillet, la température atteignit souvent 38, mais sans douleurs articulaires ; la prostration devint extrême ; on observa de l'incontinence d'urine, une insomnie pénible, et un délire fréquent. Une paralysie presque complète s'établit, avec production rapide d'escarres sacrées et lombaires ; l'amaigrissement fit des progrès rapides, les yeux se creusèrent ; le cœur resta accéléré mais faible ; la malade paraissait mourante. La digitale, et d'autres médicaments restèrent sans effet.

En octobre, la situation s'améliora ; le sommeil revint ; la fièvre disparut ; les escarres de décubitus se cicatrisèrent ; la malade reprit de l'embonpoint.

En février 1878, après onze mois d'hôpital, l'état de la malade était très amélioré ; elle pouvait quitter son lit ; il persistait seulement un peu d'exophtalmie ; on ne percevait plus de frémissement au niveau du corps thyroïde ; la fonction cardiaque, malgré un certain degré d'éréthisme, s'était modérée ; il n'y avait pas de bruits anormaux.

OBSERVATION XVIII

Baginsky 1879.

Il s'agit d'une petite fille de 12 ans, très blonde, bien développée ; son père, ivrogne, la maltraitait et brutalisait sa mère devant elle. L'enfant, intelligente, déclare expressément que c'est la peur qui a provoqué sa maladie. On observe chez l'enfant une agitation continuelle, mais non pas de véritables mouvements choréïques ; de larges taches décolorées (vitiligo) se remarquent sur la peau qui est fine, quoique assez brune ; on note une exophtalmie modérée, et de l'inégalité pupillaire. La partie médiane et le lobe droit du corps thyroïde sont notablement tuméfiés. Sur toute l'étendue de la glande thyroïde on perçoit un frémissement continu, et on entend un souffle systolique prolongé. Les artères temporales battent fortement. L'impulsion cardiaque est renforcée et se perçoit sur une étendue anormale ; le ventricule gauche est volumineux.

L'enfant fut soumise à la faradisation du sympathique cervical et à des onctions de pommade iodurée sur le goître ; on administra en même temps de l'ergotine, puis de la digitale, et on obtint un rétablissement complet ; le vitiligo lui-même disparut.

Sept ans après cependant la maladie récidiva et avec assez d'intensité, et ne céda pas cette fois aux moyens précédemment employés. J'ai perdu la malade de vue.

OBSERVATION XIX

Jacobi, 1879.

H... W..., 13 ans, originaire des Etats-Unis, entre à l'hôpital le 25 janvier 1879. Son père, âgé de 58 ans, est bien portant. Sa mère, âgée de 40 ans, a toujours été nerveuse et anémique ; elle a eu 12 enfants dont 4 sont morts, et 8 sont vivants. La malade a toujours été une enfant délicate. Elle a eu deux fois des convulsions, la première fois à 5 ans, la seconde à 7 ans, et chaque fois elle est tombée sur la tête. Son état mental est resté bon. Il y a quelques années, elle a eu un goître exophtalmique, pour lequel elle a été soignée à l'hôpital du Mont Sinai. Le 30 décembre 1898, elle eut une crise douloureuse dans l'épaule droite, et bientôt après perdit l'usage du bras et de la jambe du même côté. Les jours précédents, elle avait soigné sa mère malade et avait pris peu de nourriture. A l'entrée, on note un goître léger, prédominant à gauche ; les battements du cœur sont irréguliers ; il n'y a pas de souffle cardiaque. Poumons sains. On note une chorée prononcée, avec des mouvements presque continus ; ces mouvements sont généralement interrompus pendant le sommeil. Traitement par le fer et le bromure de potassium ; les symptômes de la chorée s'atténuent.

OBSERVATION XX

Crohn, 1883.

Un cas de maladie de Basedow.

27 juin 1897. — Margareth R..., douze ans et demi, jeune fille d'aspect florissant, montre un peu d'agitation dans ses mou-

véments. Au niveau de la tête et du tronc, la peau présente des taches blanches, irrégulières, contrastant vivement avec le reste du tégument, qui est brun ; la chevelure blonde, n'est pas plus claire au niveau des taches décolorées du cuir chevelu. Il existe une exophtalmie notable ; les pupilles sont inégales, la pupille droite un peu plus dilatée. Le corps thyroïde est tuméfié, le lobe médian forme une saillie globuleuse ; les lobes latéraux sont inégalement développés ; le lobe droit est le plus tuméfié. La circonférence du cou mesure 29 centimètres. Dans toute la partie supérieure du goître, principalement au niveau des veines jugulaires, on perçoit un frémissement prolongé, presque continu. L'auscultation fait entendre un souffle sonore, synchrone avec la systole. Sur le thorax on observe dans le cinquième espace intercostal et sur une longueur d'environ six centimètres, une ondulation diffuse qui répond au choc de la pointe, et qui se transmet presque à toute la paroi thoracique et à l'épigastre. La matité cardiaque commence au bord inférieur de la quatrième côte, et s'étend sur la ligne mamillaire gauche jusqu'au bord supérieur de la sixième côte, à deux centimètres au-dessous et à gauche du mamelon ; vers la droite elle atteint exactement le milieu du sternum. La respiration est fréquemment interrompue par des inspirations profondes.

Poumons sains ; les bruits du cœur, éclatants, sont normaux.

Traitement. — Extrait de seigle ergoté 0,06 par dose, trois fois par jour.

6 février 1880. — La glande thyroïdienne présente une forme tout à fait irrégulière ; le lobe droit est plus développé que le gauche. La main placée derrière le sterno-mastoïdien perçoit de violentes pulsations qui se propagent jusqu'aux artères temporales, et un frémissement continu, indépendant des pulsations.

Ce frémissement se perçoit dans toutes les parties du corps thyroïde, et a son maximum au niveau du gros vaisseau du cou et de l'isthme thyroïdien, immédiatement au dessous du larynx. Tout le corps présente une pigmentation brune, irrégulièrement interrompue par des taches claires, de telle sorte qu'on ne peut dire quelle est des deux la teinte fondamentale de la peau.

Le cou mesure 31 centimètres de tour ; l'enfant a très bonne mine.

Le traitement comporte l'administration d'ergotine, de quinine et de digitale à petites doses, des onctions iodurées sur le goître, et la faradisation deux ou trois fois par semaine.

3 mars 1880. — Le goître qui a pris une consistance dure, comprend trois parties. Des deux parties latérales, la droite, plus développée atteint presque le maxillaire inférieur ; la partie médiane, fortement bombée, atteint le cartilage cricoïde. Le frémissement a disparu ; on entend seulement encore un souffle systolique assourdi. Le cœur bat très rapidement. Le cou mesure trente-deux centimètres de tour.

On donne : infusion de digitale, 0,39/120.

13 avril 1880. — Circonférence du cou, 29 centimètres. L'enfant se plaint de palpitations.

17 avril 1880. — Circonférence du cou, 28 centimètres. La matité cardiaque a pour limites, à droite le milieu du sternum, en haut, la quatrième côte. La pointe bat dans le sixième espace juste au-dessous du mamelon. Bruits du cœur normaux. Le goître a disparu. La pigmentation cutanée n'existe plus qu'à l'état d'ébauche. Il ne reste qu'une trace d'exophtalmie.

OBSERVATION XXI

Schwekendiek, 1883.

L'enfant dont il s'agit, a eu, au dire de ses parents une santé florissante jusqu'à son 30^e mois. A cette époque en mai 1883 la mère remarqua que son enfant avait les yeux comme sortant de la tête, et qu'il perdait l'appétit, c'est depuis lors qu'il aurait déperî. A la fin de juin, l'enfant prit une coqueluche qui dura presque deux mois.

Les parents se sont toujours bien portés. Le père est un peu buveur, et il lui arrive souvent de donner à son enfant des boissons alcooliques. La grand-mère maternelle aurait beaucoup souffert de palpitations.

L'examen de l'enfant, fait à la fin de juin de la même année, fait constater d'abord une forte exophtalmie prédominante à gauche, et telle que la paupière supérieure ne peut plus recouvrir la cornée. Les pupilles sont normales et égales. Le poulx, petit, bat 160 fois par minute. Les palpitations sont si fortes, qu'elles troublent, la nuit, le sommeil des parents. On ne note ni dilatation, ni souffle cardiaque.

Du côté du corps thyroïde, on note seulement de la dilatation et des pulsations des vaisseaux.

Au point de vue psychique, l'enfant est maussade et très irritable : il crie et s'agite presque toute la journée ; la peau est blanche, et transpire très facilement.

Du côté de l'appareil digestif, on relève le manque d'appétit, la soif exagérée, des vomissements et de la diarrhée.

L'évolution de la maladie fut la suivante. La température fut toujours normale. L'exophtalmie de l'œil gauche s'exagéra, et

bientôt se succédèrent des ulcérations de la cornée, de la kératocèle, de l'hypopyon, et finalement la suppuration de l'œil, et l'évacuation de son contenu. Il faut mentionner ici l'existence d'une tumeur solide, de consistance grasseuse, au-dessous de la paupière supérieure. Trois semaines après, l'œil droit subit le même sort, et fut perdu de la même manière. Contre les ulcérations de la cornée, on avait essayé la blépharorrhaphie, mais devant les instances des parents, on doit bientôt libérer les paupières. La quinine, le fer, et le Na Br contre la coqueluche, firent les frais du traitement.

Des deux côtés de la face, on sentait des ganglions volumineux, d'une dureté ligneuse ; les ganglions de la région supérieure du cou étaient également tuméfiés.

L'appétit, qui s'était amélioré, disparut de nouveau ; des symptômes cachectiques se montrèrent et amenèrent la mort au commencement de septembre.

L'autopsie ne put être faite.

OBSERVATION XXII

Kalm 1882.

Christine S., 13 ans, observée du 19 mai 1879 au 23 juin.

La malade a eu une pleurésie avec épanchement, et souffre encore quelquefois de points de côté. Parents bien portants. Il y a 6 semaines elle remarqua que son cou grossissait ; bientôt apparut une exophtalmie bilatérale. Elle souffre aussi de palpitations, mais ne peut dire si elles ont apparu avant le goitre.

Son état général est troublé depuis le début de la maladie ; elle a par moments de la fièvre, et doit alors rester au lit.

Examen du 20 mai. — La malade, couchée, présente un facies

anxieux ; elle s'abandonne par moment à un demi-sommeil. Pouls 220 ; respiration 52 ; les muscles auxiliaires travaillent activement dans les mouvements respiratoires. Joues colorées ; légère saillie des yeux, prédominante à gauche ; pupilles étroites, réagissant à la lumière. La langue est sèche, avec un enduit jaunâtre taché de gris ; l'appétit est mauvais, la soif nulle ; il y a eu des vomissements pendant la nuit, et hier de la diarrhée, et des douleurs dans le côté gauche. La région antérieure du cou est tuméfiée, surtout à droite ; on y observe des pulsations, avec frémissements nettement perceptibles à la main ; à l'auscultation on entend un souffle systolique sonore. La peau, pâle et sèche, est brûlante. La malade gémit sans cesse ; elle se plaint de douleurs dans la colonne lombaire, qui est d'ailleurs sensible à la percussion. A la base gauche en arrière, on note de la submatité, avec diminution de l'élasticité et suppression du murmure respiratoire. A gauche sur la ligne axillaire, on note entre la 5^e et 6^e côte une zone mate, qui se continue en arrière avec la submatité de la base gauche, et se prolonge en bas au niveau de la rate ; celle-ci n'est pas perceptible.

La région précordiale est soulevée par de violentes pulsations, surtout entre la 4^e et 5^e côte, jusqu'à la ligne mamillaire. Le choc du cœur se propage aux régions voisines ; l'auscultation et la percussion sont normales. La malade expectore des crachats muco-purulents, visqueux et sanguinolents. Le ventre est flasque ; il est secoué par les mouvements du thorax ; on n'y perçoit pas de pulsations.

L'urine est normale.

Le 20 mai au soir, la malade est agitée et délire. Pouls 160. Au dessus de la zone de matité on entend une respiration rude avec des râles crépitants.

21 mai. — Circonf. du cou : 33 cm. Les mouvements de la paupière supérieure retardent sur ceux du bulbe.

Les jours suivants la fièvre persiste avec des intermittences ; la malade doit garder le lit.

9 juin. — La malade se plaint d'une douleur dans la fosse canine à gauche, qui présente un effet une légère tuméfaction avec rougeur, douloureuse au toucher. Le 11 ces signes ont disparu.

15 juin. — L'exophtalmie a diminué de même que la tuméfaction thyroïdienne, surtout à la partie inférieure. L'état général est bon.

Le traitement a compris un régime fortifiant, des lotions froides et l'électrisation.

OBSERVATION XXIII

Weidemann, 1886.

Marie G..., 14 ans.

Originaire de Lobsem province de Posen, où elle a toujours vécu. D'après ses plus lointains souvenirs elle a toujours eu le cou plus gros que les jeunes filles de son âge ; elle s'est d'ailleurs toujours bien portée. Depuis un an elle souffre d'une difficulté de respirer qui s'est beaucoup accrue dans les dernières semaines ; la respiration lui manque complètement pendant la marche et lorsqu'elle est couchée. Trois injections iodées, faites par un médecin, n'eurent aucun résultat. Il existe de violentes palpitations. Les deux yeux sont un peu saillants ; les pupilles très dilatées réagissent bien ; la vue est normale ; pas de vertiges.

Le développement est normal. Le visage, pâle, est un peu cyanosé. Le poulx, bien frappé, bat 138 fois par minute, on entend

un souffle systolique à la pointe du cœur. Le cou est élargi par la tuméfaction thyroïdienne prédominante aux lobes droit et médian, celui-ci gros comme une petite pomme, descend jusqu'au sternum sa consistance est ferme. On note une respiration bruyante, du tirage, de la raucité de la voix et de la toux.

Diagnostic : Goître parenchymateux droit et médian.

OBSERVATION XXIV

Bootz, 1887.

Joseph S..., 14 ans ; au dire de sa mère, aurait dès sa deuxième année, souffert de dyspnée, avec paroxysme à chaque éruption dentaire. Les parents n'ont rien remarqué alors qui pût faire songer à un goître. Pneumonie à 3 ans ; chorée quelques années après ; à 7 ans, rougeole, suivie d'une deuxième pneumonie. Pendant tout le temps, il persista un certain degré de dyspnée, qui, d'après les descriptions des parents devait être causée par une sténose trachéale. Plus tard apparurent deux crises d'hémoptysie, séparées par un long intervalle, pendant lequel la toux et les autres troubles concomitants ne persistèrent pas. Relativement à la chorée, les parents rapportent que deux des frères et sœurs du malade en furent également atteints, à des époques différentes. Les parents semblent exempts de tares nerveuses. La mère est bien portante, le père légèrement cyphotique, a eu un rhumatisme articulaire, et souffre encore des suites d'une endocardite qui la compliquait. Notre malade a toujours eu un caractère emporté, opiniâtre et violent.

Il y a un an et demi, J. S... vit sa dyspnée augmenter rapidement, à tel point que sa respiration haletante troublait le sommeil de ses frères et sœurs couchant dans la même chambre. A la

même époque, il se plaignit de bouffées de chaleur et de sueurs profuses, surtout à la tête ; de plus, son cou grossit notablement. Ensuite, on remarqua que les efforts physiques l'épuisaient facilement, et provoquaient rapidement une dyspnée intense, des palpitations, avec une fatigue disproportionnée des membres ; ceux-ci sont peu musclés eu égard à leur squelette ; de même, le thorax est pauvre en muscles et en tissus graisseux. La tuméfaction du cou et la dyspnée augmentant, le malade fut conduit à la Polyclinique en janvier 1886.

L'examen fait à cette date donne les constatations suivantes :

Il existe une dyspnée intense, avec un sifflement aux deux temps de la respiration, indice d'une sténose trachéale. Le visage est rouge, bouffi, les lèvres boursoufflées, le visage et le cou sont baignés de sueur ; le malade se plaint d'avoir la tête en feu. La physionomie est égarée ; il existe une exophtalmie évidente, mais modérée. Le cou est animé de battements synchrones avec la systole cardiaque ; les artères de la tête, l'artère temporale et la maxillaire externe par exemple, de même que les artères thyroïdiennes, sont le siège de pulsations visibles à distance. Il existe un goitre prononcé également développé des deux côtés de la glande ; les pulsations carotidiennes sont appréciables à la vue. L'enfant étant déshabillé, les mouvements de la paroi thoracique permettent de suivre les contractions cardiaques, et même de distinguer les phases auriculaires et ventriculaires. Le poulx bat 100 pulsations par minute. La percussion dénote une notable dilatation cardiaque. La zone de matité absolue s'étend à droite du sternum à 1/2 cm. au delà des articulations costales ; elle atteint en haut la 4^e côte, et vers la gauche dépasse de 1 cm. la ligne mamillaire. Le choc de

la pointe a son maximum sur la ligne mamillaire, au bord inférieur de la 6^e côte. On entend un léger souffle à la pointe, mais seulement lorsqu'une émotion quelconque accélère les contractions cardiaques.

Rien d'anormal à l'auscultation pulmonaire, sinon la propagation du sifflement trachéal. Foie normal à la percussion. Un examen plus approfondi permet d'entendre un souffle vasculaire systolique au niveau du goître.

L'examen du larynx, difficile à cause de la susceptibilité du malade, est négatif ; les muscles laryngés fonctionnent bien ; l'examen de la trachée est impossible.

L'exophtalmie est légère, la conjonctive saine ; le signe de de Graefe est très prononcé ; il persiste au même degré depuis plusieurs mois ; on remarque aussi une incertitude dans l'arrêt du bulbe lorsqu'on déplace brusquement l'objet fixé.

Les pulsations cardiaques sont si fortes, que chaque systole imprime une secousse à la tête. La vue, l'ouïe, la sensibilité, ne présentent aucun trouble. L'examen ophtalmoscopique, souvent répété, ne montre aucune altération du fond de l'œil ; les vaisseaux, en particulier, présentent un calibre et une tension normale ; il n'y a pas de pulsations exagérées.

Tous ces symptômes firent porter le diagnostic, mal de Basedow. On peut y ajouter la production de « taches cérébrales » apparaissant spontanément, ou provoquées par une légère irritation cutanée, surtout dans les régions de la tête, du cou, et de la poitrine.

Comme traitement, on eut recours d'abord, et sans résultat, à la faradisation prolongée du goître. On employa ensuite la galvanisation du sympathique cervical avec un courant ascendant, et la galvanisation transversale de la tête d'une apophyse mas-

toïde à l'autre, de la colonne cervicale supérieure et du goître, tous les jours, 5 minutes chaque fois. On plaça aussi les deux électrodes sur la région sous-maxillaire et l'incisure jugulaire du sternum, sur le cou et l'épigastre, en employant de 5 à 10 éléments : ce traitement continué pendant 8 semaines, n'amena aucune amélioration. On donna du fer à l'intérieur, on fit des onctions iodo-iodurées sur le goître. L'exophtalmie avait disparu avant le début du traitement électrique ; le signe de Graefe disparut plus tard. L'examen des urines fut toujours négatif ; il n'y eut jamais de palpitations ; mais l'accélération du pouls, qui battait de 90 à 110 fois par minute, persista de même que le goître, et le phénomène des « taches cérébrales ».

A la fin de l'été dernier, on reprit le traitement électrique et les onctions iodo-iodurées, cette fois avec succès complet. La dyspnée et le stridor trachéal disparurent en 3 jours et la glande thyroïde reprit en 14 jours un volume presque normal. La tachycardie, et les battements artériels de la tête et du cou avaient diminué depuis quelque temps. Mais on observe alors au cœur, et cette fois d'une manière constante, un souffle diastolique intense ayant son maximum au foyer aortique, et se propageant à la pointe ; on nota en même temps un affaissement des carotides pendant la diastole ; il fallut en conclure que l'hyperactivité cardiaque prolongée, avec l'hypertrophie du myocarde, avait causé une dilatation de l'aorte, et consécutive-ment une insuffisance aortique.

Avec la disparition du goître on vit s'améliorer l'état général ; les taches cérébrales cessèrent de se produire ; la force musculaire s'accrut. On observa seulement encore quelques oscillations dans le volume du corps thyroïde.

OBSERVATION XXV

Lewin, 1888.

Il s'agit d'un malade, qui dans sa neuvième année, à la suite d'une frayeur subite, fut pris d'un violent tremblement et de bégaiement. Peu à peu apparurent tous les signes de la maladie de Basedow, et lorsque le sujet vint, le 16 juin 1887, à la polyclinique, (il avait 17 ans), il présentait outre un goître et de l'exophtalmie, un tremblement caractérisé, atteignant les mains et la langue.

OBSERVATION XXXVI

Müller 1889.

Maladie de Basedow guérie. Evolution particulièrement rapide.

Frieda G..., 10 ans 1/2, vient à la Polyclinique, pour la première fois, le 25 novembre 1888, pour un goître, qui s'est développé récemment, et d'une manière aiguë. L'examen dénote, outre le goître, une exophtalmie évidente, des mouvements cardiaques violents, perceptibles à la vue, et sensibles sur une étendue exagérée, une notable augmentation de la matité cardiaque, un léger souffle systolique au cœur, et une tachycardie assez considérable (130). Au niveau du goître on perçoit un frémissement systolique et un souffle systolique sonore. L'aspect général était si caractéristique, que tous les médecins diagnostiquèrent à première vue la maladie de Basedow, sans connaître son existence chez l'enfant.

La maladie avait commencé 14 jours auparavant par de la maladresse dans les mouvements des mains (la chorée ou le

tremblement ne sont pas en cause), à ce point que l'enfant pouvait à peine écrire, et que plusieurs fois, on la renvoya de l'école. Ensuite apparurent des vomissements répétés et la petite malade se plaignit bientôt de lassitude, et de douleurs.

L'enfant revint à la polyclinique dans le courant de décembre ; le 20 décembre elle contracta la diphtérie.

Le 31 décembre, le goître avait presque disparu, de même que le frémissement et le souffle. Le pouls qui, au dernier examen, oscillait entre 120 et 130 était à 80°.

L'exophtalmie elle-même, que la mère nous avait signalée spontanément encore au milieu de novembre, avait complètement disparu.

Les onctions de pommade iodurée, le fer et l'arsenic à l'intérieur résumèrent le traitement.

L'état est resté normal de tout point depuis ; de telle sorte que la durée totale de la maladie a été de six semaines. On a déjà observé, et précisément dans l'enfance, des exemples d'une évolution encore plus rapide.

(Sur 50 cas de maladies de Basedow observés par Müller c'est le seul au-dessous de 18 ans).

OBSERVATION XXVII

Thrlich, 1890.

Henriette B.... 11 ans.

Antécédents. — Père mort à 56 ans d'une maladie de cœur. La mère, et les frères et sœurs sont vivants et bien portants, sauf une sœur aînée, âgée de 23 ans. Celle-ci présente un goître très net qui, à ce qu'elle dit, existait aussitôt après la naissance, et se développa rapidement pendant la première année,

pour subir ensuite une légère régression. Il est assez volumineux cependant pour provoquer de la dyspnée. A 22 ans, elle eut de fortes palpitations qui troublaient son sommeil, et qui sont réveillées par un travail fatigant.

La petite fille, âgée de 11 ans, a eu une éruption au visage, mais paraît avoir été constamment saine et robuste, et exempte des maladies de l'enfance. Comme sa sœur aînée, elle présente, très tôt après sa naissance un goître volumineux. Plus tard, à 9 ans, s'y ajoutèrent de fortes palpitations que la sœur aînée explique par ce fait qu'elle avait à porter presque toute la journée une sœur de 4 ans, forte et lourde. L'affection s'étant compliquée d'œdèmes diffus, la malade vient à l'hôpital, le 31 octobre 1889.

Etat en novembre 1889. — Le teint est terreux, le visage œdématié, la langue humide est un peu chargée. Le goître est prédominant à droite. Les mouvements du cœur sont accélérés, souvent irréguliers ; le choc de la pointe, renforcé, est sensible à 5 cm. environ au-dessous et à gauche du mamelon, dans le cinquième espace.

L'examen physique du cœur donne les résultats suivants :

Sommet de la grande matité à la hauteur des 2^e côtes ; hauteur 9 cm. largeur 14 cm. ; la matité transversale dépasse d'environ 4 cm., 5 la ligne médiane, vers la droite. Petite matité, s'étendant de la ligne médiane vers la gauche : verticalement 2 cm. 5, transversalement 3 cm. (Largeur du cœur 7 cm. 5. Longueur 14. Oreillettes 5 cm.). Bruits du cœur normaux ; le second un peu renforcé. Le pouls qui varie de 90 à 120, se maintient également à 100-110.

La courbe sphygmographique du pouls radial se présente sous l'aspect suivant : La ligne ascendante est peu escarpée, son som-

met arrondi. La ligne ascendante est en pente douce et se raccorde avec la ligne montante par un angle aigu. Le pouls est un peu inégal, mais ne paraît pas irrégulier. La tension artérielle semble normale.

Dans les poumons, quelques râles secs ; pas de toux. Rien dans les organes abdominaux.

Le premier jour après son entrée, la malade a une température de 38°,5. Depuis on a observé une seule fois 39°,5. A part cela, la température n'a jamais dépassé 37°,5.

Outre l'œdème du visage, on en observe aussi aux membres inférieurs. La malade prend, avec succès de la digitale, du strophanthus, et du fer.

Garde-robres normales. Urine un peu trouble au début, sans sucre ni albumine. Quantité de 1000 à 1500 c. Densité de 1010 à 1015.

Après 2 mois et demi de traitement, l'état de la malade s'est amélioré ; les dimensions du cœur n'ont pas changé ; mais son fonctionnement est plus régulier ; le goître a diminué de volume ; les œdèmes ont disparu. La malade quitte l'hôpital le 18 janvier 1890.

Une nouvelle observation est prise au commencement du mois de mars.

Enfant fortement constituée, bien développée ; muscles un peu flasques, tissu graisseux modérément développé. On remarque une certaine bouffissure et pâleur du visage, ce qui, joint à une physionomie un peu lourde produit une expression d'idiotie. Pas d'hyperhydrose. Facies un peu déprimé et stupide, le regard est franc. Respiration calme et régulière, 20 fois par minute, pas de dyspnée. La paresse et la lourdeur de la malade se montrent à la démarche, et plus encore à sa manière de monter un esca-

lier. Elle a perdu peu à peu toute activité mentale, toute volonté, et toute mémoire ; elle fuit ses camarades, vit dans la solitude, est très irritable. Son sommeil est agité et très léger. Pas de tremblement, ni de parésies. Température normale. Pouls faible, petit, irrégulier, peu rempli, battait de 100 à 120 par minute. Tension artérielle faible.

L'examen physique du cœur donne les résultats suivants : choc de la pointe, renforcé, perçu dans le cinquième espace à trois centimètres en dehors de la ligne mamillaire (verticale). La grande matité atteignant le bord supérieur des troisièmes côtes, mesure verticalement 7 centimètres, transversalement 12 centimètres ; sa base dépasse la ligne médiane de 2 centimètres vers la droite.

La petite matité, étendue de la ligne médiane vers la gauche mesure verticalement 2 centimètres, transversalement 2,5. (Largeur du cœur 7 centimètres, longueur 12,5 oreillettes 4,5). Bruits normaux. Le fonctionnement du cœur est irrégulier, et tellement affaibli au moment de mon examen, qu'une seconde tentative des sphygmographie sur l'artère radiale a échoué.

Alimentation suffisante, selles normales et régulières, appétit conservé.

Foie, rate, poumons : examen négatif.

Miction normale. Urine claire, abondante, sans albumine ni sucre. Réaction légèrement alcaline presque neutre. D. 1010.

Outre l'hypertrophie et la dilatation du cœur, qui ont notablement diminué depuis le premier examen ; on note un goître très distinct, bilatéral, prédominant à droite ; il mesure 4 centimètres de hauteur sur la ligne médiane, et 14 centimètres de largeur (2 cent. de plus à droite qu'à gauche). Il est mou, élastique et lisse au toucher, non douloureux ; la peau est un peu

rouge à son niveau. De chaque côté on remarque de vives pulsations des carotides, un peu plus fortes à droite.

Le troisième signe de la triade symptomatique, l'exophtalmie, n'est pas appréciable. On voit cependant à l'ophtalmoscope les veines de la rétine dilatées et animées de battements, et le fin réseau de la papille hyperémié. De même que le goître, cet état des vaisseaux du fond de l'œil prédomine à droite. Les papilles sont de dimension normale, et sans inégalité. Pas de pulsations de l'artère centrale de la rétine. Recherches négatives au sujet du signe de de Graefe, des troubles de l'accommodation ou de la motilité pupillaire. La sécrétion lacrymale est accrue : les larmes coulent abondamment après un séjour à l'air.

En résumé, il s'agit d'une jeune fille de 11 ans, toujours bien portante, en dehors d'une fièvre éruptive, ayant présenté dès le premier âge un goître, et plus tard, à 9 ans, des palpitations.

Actuellement on constate de l'hypertrophie et de la dilatation du cœur, de l'accélération du pouls, un goître, et de l'irritabilité psychique.

Malgré l'absence de l'exophtalmie, il s'agit évidemment du mal de Basedow.

La succession des symptômes n'est pas habituelle : le développement du goître ayant précédé de beaucoup les troubles cardiaques.

OBSERVATION XXVIII

Forster, 1890.

« Un cas de pigmentation cutanée provoquée par

l'usage prolongé de l'arsenic dans une maladie de Basedow ».

Le jeune P..., âgé de 10 ans, sans tare héréditaire nerveuse, fut pris au milieu de mars 1887, pendant plusieurs semaines, de diarrhée rebelle à tout traitement, accompagnée d'une fièvre élevée. Les autres symptômes ne permettaient pas de penser à une fièvre typhoïde. La diarrhée cessa enfin ; mais la fièvre persista, et le 5 avril, jour où je vis l'enfant pour la première fois, avec le médecin de la famille, on pouvait constater une grande accélération du pouls, et une notable dilatation du cœur droit. La situation s'était améliorée sans que la fièvre disparût complètement et que l'enfant reprît son entrain, lorsque, au début de juin, on vit se rallumer la fièvre continue ; puis on constata à côté de la dilatation du cœur déjà mentionnée un certain degré d'exophtalmie, et enfin au mois de juillet, une petite tuméfaction du corps thyroïde, animée de pulsations légères. Je revis le malade le 16 juillet ; je le trouvais amaigri, pâle. La température, un peu inférieure à la normale le matin, monte dans l'après-midi au voisinage de 40°. Il y a de la constipation et un peu de tuméfaction du foie : le cœur, les yeux, le corps thyroïde sont toujours dans le même état. L'enfant prend deux fois par jour trois à quatre gouttes de liqueur de Fowler. Les jours suivants l'état général s'améliore ; l'appétit revient ; la température du soir descend à 39° ; je comptai un matin 124 pulsations. Les symptômes de la maladie de Basedow semblaient en voie d'amélioration. D'après le rapport des parents, l'enfant avait pris dans l'espace de deux mois 30 grammes de liqueur de Fowler.

Au mois de septembre, l'enfant fut conduit à la campagne ; la fièvre persistait, atteignant jusqu'à 40°, et présentant son

maximum au milieu du jour et pendant la nuit. Pourtant l'enfant restait le plus souvent hors de son lit, souvent même dans les bois, d'autant que la fièvre semblait céder plus facilement dans ces conditions. L'appétit était satisfaisant, l'enfant gagne trois livres en six semaines.

Il revint à la fin de septembre et fut conduit au docteur Fiedler, qui ordonna de l'arsenic, et de l'iodure de fer. Le 27 du même mois je vis le malade avec le médecin de la famille. Le visage était jaunâtre ; mais sur le corps, la peau primitivement blanche, avait bruni. Saillie très nette des globes oculaires ; réactions pupillaires normales, pas de signe de Graefe. Pendant le rire, la bouche est un peu attirée vers la droite ; la langue se porte vers la gauche. Pas de céphalée, ni de vertige ; pas de tremblement appréciable. Le corps thyroïde est un peu tuméfié, mou au contact. L'impulsion cardiaque n'a rien de particulier ; le pouls du matin est à 116°. Légère dilatation du ventricule droit ; pas de souffles. Le foie déborde de deux petits travers de doigts ; la rate est facilement perçue au toucher. Un peu de diarrhée de temps à autre.

14 octobre. — Température le matin inférieure à la normale ; le soir environ 37,5 ; pourtant depuis quelques temps le visage est brûlant le soir. L'occlusion palpébrale est incomplète pendant le sommeil. Les signes de la maladie de Basedow sont un peu atténués. La rate et le foie ont un peu diminué de volume.

8 novembre. — Le matin, frisson ; après-midi température 39.1. Pouls 120 à 128. Transpiration légère. Le soir le visage est toujours congestionné ; le pouls est rapide. La peau, sur le corps, est toujours brunâtre ; l'occlusion des paupières se fait mieux. Les symptômes de goître exophtalmique sont très

légers. Le ventre est un peu douloureux. Depuis la fin de septembre l'enfant prend 3 fois par jour 5 gouttes de liqueur de Fowler : 6 flacons ont été employés, ou l'interrompt provisoirement ; on donne de l'ergotine.

19 novembre. — Pas de fièvre. Pouls 92 à 96. Les autres symptômes, avec la rougeur du visage le soir, persistent. La rate est très dure au toucher.

28 février 1888. — Pouls 96 à 100. Depuis longtemps la température à peu près normale le matin, monte dans l'après-midi à 38, 39, et même 40°. Les yeux, le corps thyroïde, le cœur, le foie, la rate sont à peu près dans le même état qu'au dernier examen. Toux fréquente et brève depuis 5 semaines. Respiration soufflante au sommet gauche en arrière ; douleurs abdominales et tendance à la diarrhée depuis assez longtemps.

L'appétit et la nutrition générale sont satisfaisants.

Le visage est toujours congestionné le soir. On observe une pigmentation cutanée tout à fait particulière.

Le visage, les avant-bras et les mains en sont atteints, mais toute la surface du corps présente une coloration brunâtre plus accentuée encore à la partie supérieure du thorax ; au-dessous des mamelons cette coloration, qui devient de plus en plus foncée à mesure qu'on descend vers la partie inférieure du tronc, forme une sorte de maillet, plus clair dans le dos. Le siège et la partie supérieure des cuisses sont encore très colorés. L'arsenic a été employé presque sans interruption. Du 16 juillet au 8 novembre 1887, 55 grammes de liqueur de Fowler ont été absorbés, et on peut estimer à 100 grammes la quantité totale prise jusqu'à présent.

23 avril 1888. — Pouls 116 à 120 dans la position couchée, 132 dans la position debout. La température qui est restée

longtemps normale monte à 38-39 le soir. La pigmentation est plus faible et moins uniforme. L'exophtalmie ne s'est pas modifiée. Rate grosse et dure, dépassant de 3 à 4 centimètres le rebord thoracique. Constipation plutôt que diarrhée. L'arsenic a été moins employé.

En novembre 1890, on trouva encore une légère pigmentation de la poitrine et de l'abdomen ; un peu d'exophtalmie, et une légère tuméfaction du corps thyroïde. Le cœur était un peu gros, le foie normal et la rate toujours hypertrophiée.

OBSERVATION XXIX

Kraus, 1891.

Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans « avec les symptômes typiques de la maladie de Basedow. Le pouls bat d'une manière habituelle entre 120 et 140 fois par minute ». La malade présente une glycosurie alimentaire prononcée qui fait l'objet principal de l'observation.

OBSERVATION XXX (résumée d'après Steiner).

Demme, 1891.

Il s'agit d'un petit garçon âgé de 5 ans chez lequel apparaît une exophtalmie bilatérale le dixième jour d'une scarlatine. Deux jours après on observe une tuméfaction du lobe droit du corps thyroïde. Le cœur bat avec violence ; on compte 120 pulsations à la minute. Battements rapides ; pulsations au niveau du goître. Température 37,4. La résistance électrique est normale. La maladie se termine par la guérison.

OBSERVATION XXXI

Kronthal, 1893.

Martha R..., âgée de 12 ans, quitta l'école plusieurs fois en avril et mai 1892, à cause de palpitations. Au dire de la mère, la naissance de l'enfant fut normale. Elle eut une fois des convulsions à l'âge de un an, un peu plus tard la rougeole, et à 6 ans une fracture de bras qui guérit complètement. Depuis l'hiver 1891-1892, l'enfant se plaint souvent de palpitations; la mère croit remarquer que ses yeux grossissent. De temps à autre, l'enfant souffre de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, de douleurs d'estomac; elle a des angoisses nerveuses, des terreurs nocturnes; elle ressent parfois de brusques bouffées de chaleur. Son humeur est très changeante, elle est studieuse et travaille bien, mais est vite fatiguée. Elle a souvent des douleurs dans la région du cou, des fourmillements dans les mains et les pieds.

Elle est grande, assez bien développée, d'apparence anémique. Poumons sains, cœur normal. Pouls entre 96° et 120°. Hypertrophie thyroïdienne prédominante à droite, de consistance molle. Les yeux sont saillants et volumineux. La paupière supérieure suit et recouvre bien le globe lorsqu'il s'abaisse; donc pas de signe de de Græfe; par contre le signe de Stellwoag, c'est-à-dire l'occlusion palpébrale incomplète, est très net. L'insuffisance de la convergence, (signe de Mobius), n'est pas observée. Pas de trouble du côté des nerfs périphériques cérébraux ou spinaux; réflexes normaux. Sensibilité intacte; pas de tremblement; rien dans les urines.

Des examens répétés au cours de plusieurs mois firent constater des variations importantes dans le volume du goître et dans la saillie des yeux.

En octobre 1892, nous dit la mère, la malade eut à plusieurs reprises et sans motif, de soudaines crises de larmes. Longtemps elle en chercha vainement la cause ; sa fille finit par lui dire qu'elle pleurait parce qu'il lui semblait que sa mère n'était pas vraiment sa mère ; l'inquiétude et la peur lui arrachaient alors des larmes. Sa mère la rassure et la calme, et lui fait reconnaître l'inanité de ses craintes. L'enfant a fréquemment de brusques accès d'impétuosité, puis elle redevient dolente, impressionnable. Interrogée sur la cause de ces changements d'humeur, elle répond que c'est plus fort qu'elle, et qu'il faut qu'elle pleure ou qu'elle rie. Elle se plaint de papillottements devant les yeux, surtout lorsqu'elle est couchée. Lorsqu'elle se peigne, il lui semble que sa tête est couverte de bosses. Dernièrement elle a beaucoup perdu ses cheveux.

(La mère âgée de 45 ans, présente elle-même de l'exophtalmie, de la tachycardie, mais pas de goître : il s'agit d'une forme fruste de maladie de Basedow).

OBSERVATION XXXII

Hock, 1895.

« Un cas de maladie de Basedow, traité par l'opothérapie thyroïdienne ».

Il s'agit d'une enfant de 8 ans, Valérie K..., qui a présenté du rachitisme dans les premières années.

Depuis 3 ans son cou est tuméfié, elle se plaint de palpitations, est abattue, pâle, et a du tremblement des extrémités ; depuis quelques mois, le sommeil est mauvais, il est troublé et fréquemment interrompu par un stridor laryngé qui s'accompagne d'une expectoration muqueuse abondante.

31 janvier 1895. — L'enfant est pâle, assez grande et présente une cyphoscoliose accentuée. Pouls 142. Bruits du cœur normaux. Goître volumineux : le cou mesure 31 centimètres de tour ; on perçoit un frémissement très net dans toute l'étendue de la tuméfaction thyroïdienne, et on entend, au niveau des carotides, même en tenant le stéthoscope à une petite distance de la peau, un souffle intense, prédominant à gauche. Les pulsations des carotides, des temporales, des radiales sont perceptibles à la vue. Tremblement très accusé des extrémités. Réflexe cutanés et tendineux exagérés. Tendance à la contracture dans les membres inférieurs. Pas d'exophtalmie. Strabisme convergent. A gauche, parésie du droit externe, pupille très dilatée. A droite, mouvements normaux, pupille plus petite qu'à gauche. L'examen ophtalmoscopique ne montre rien sauf un peu d'albinisme.

L'enfant est inquiète et triste.

Traitement. — Pastilles de corps thyroïde, une par jour. Dès les premiers jours, le stridor laryngé disparut et le sommeil fut meilleur. Les autres symptômes rétrocédèrent également.

L'enfant fut revue le 16 avril. Circonférence du cou 29 centimètres un quart. Pouls 112. Le tremblement persiste. Le frémissement et les pulsations artérielles sont atténués, mais existent encore.

18 juin. — Circonférence du cou 28 centimètres. L'enfant est devenue d'une humeur très gaie. Le tremblement n'existe plus qu'à l'état de traces. Au niveau du goître on entend encore un léger souffle ; il n'y a plus de pulsations visibles. L'amélioration est évidente. Pouls entre 108 et 104, toujours rapide par conséquent.

OBSERVATION XXXIII

Steiner, 1895.

Léopoldine W..., 9 ans.

Antécédents. — Première maladie de cette nature chez l'enfant et dans sa famille.

A l'époque de la procréation la mère âgée de 22 ans, le père de 32, étaient tous deux en bonne santé, sans aucune cause de surmenage physique ou moral.

Le père ne boit que d'une manière très modérée, n'est ni fumeur ni joueur. Il est nerveux, impressionnable, sent vivement les soucis et les contrariétés de son métier (agent de commerce). Rien de plus comme symptômes nerveux.

La mère est une femme bien portante, sinon robuste, sans la moindre nervosité, d'une santé constamment bonne ; toujours bien réglée.

Les parents et les frères et sœurs des deux générateurs ont tous été bien portants ; aucune tare nerveuse ou psychique : pas de trace de tuberculose ou de diabète dans la famille.

La grand'mère de l'enfant, femme de 54 ans, robuste, porte

depuis longtemps un léger goître, prédominant à gauche, sans en être incommodée.

Le seul frère de la malade, plus jeune, est un garçon chétif, souffrant d'un mal de Pott lombaire, pour lequel nous dûmes lui faire un corset plâtré.

L'enfant est née en présentation du siège, sans complications ; nourrie à l'allaitement artificiel sans qu'il en soit résulté de troubles digestifs. Pas de convulsions, ni de rachitisme. A 3 ans, rougeole, et diphtérie. Bonne santé depuis. Toujours bien nourrie et soignée par ses parents ; elle n'a jamais été surmenée de corps ni d'esprit.

Il y a un an l'enfant nous fut amenée parce qu'elle souffrait de constipation et éprouvait en même temps de l'oppression, accompagnée de soupirs profonds et répétés (Hystérie ?) Le régime et quelques laxatifs firent disparaître ces symptômes et l'enfant se rétablit.

On ne peut trouver à la maladie actuelle de cause déterminante directe ; ou ne relève ni longue maladie, ni chagrin, ni frayeur soudaine ou joie extraordinaire, ni aucun traumatisme (chute, coup sur la tête). L'entourage n'a jamais observé de mouvements choréïques. Onanisme, peu prononcé.

Le début de la maladie actuelle remonte, d'après la mère à 4 semaines ; elle remarqua que son enfant avait un sommeil agité, et que ses yeux prenaient un volume et un éclat anormaux ; et même elle avait comme l'impression que les yeux lui sortaient de la tête, si l'on peut s'exprimer ainsi. Il y a 14 jours le goître a apparu brusquement, et s'est considérablement développé dans l'espace de 10 jours. La mère remarqua aussi chez son enfant un très léger tremblement des mains. Les palpitations, la dyspnée, sont restées latentes.

Enfin j'appris que l'enfant avait eu dans les deux dernières semaines de fréquents saignements de nez, surtout après avoir marché et s'être échauffée, sans qu'elle se plaignit cependant du côté du cœur.

Etat actuel. — (10 septembre 1895).

Léopoldine W..., 9 ans, taille 1 m. 31, poids 24 kilos. Ossature grêle, crâne normal. Cheveux châains, yeux bruns. L'ensemble des téguments est pâle ; teneur en hémoglobine 54° 0/0, teneur normale. La peau après friction légère montre nettement les raies de Trousseau. Une légère pression sur la peau de la tête fait apparaître rapidement une tache rosée circonscrite (tache cérébrale). Sucurs normales ; la peau présente une chaleur uniforme ; mais dès que l'enfant est agitée, elle devient brûlante, sans rougir ; mais il n'y a pas de sensation subjective de chaleur. Musculature faible par rapport à l'âge, tissu graisseux peu développé. Extrémités à température normale, sans œdème. Ongles et phalanges unguéales normalement conformés.

Visage pâle, rougissant facilement, plutôt allongé, paraissant régulièrement innervé pendant le rire, sans contractures. Physionomie tout à fait égarée. La petite malade se montre douce, confiante, courageuse. Muqueuses visibles (conjonctives, lèvres, gencives) décolorées.

Les yeux sont peu saillants. Les fentes palpébrales sont largement ouvertes, de telle sorte que, le regard étant dirigé en avant, elles laissent à découvert 1 millimètre de la sclérotique au-dessous de la cornée. La fente palpébrale gauche est un peu plus large que l'autre. Un exercice violent (course) ne change rien à cet état de choses. Lorsque le regard est porté en bas, la paupière supérieure suit les mouvements du bulbe sans rester en arrière. L'occlusion des paupières se fait cinq à

sept fois par minute ; la paupière supérieure recouvre la cornée mais n'arrive pas au contact de la paupière inférieure. Accommodation intacte ; le doigt placé à la limite de convergence des yeux est vu normalement. Pas de difficultés à la lecture. Pas de sensations de tension dans les yeux. Mouvements du globe oculaire libre dans tous les sens ; pas de strabisme. Conjonctive palpébrale décolorée ; conjonctive bulbaire non injectée, sclérotique bleuâtre ; cornée humide et très brillante, recouverte par la paupière supérieure seulement sur une très petite portion de sa surface. Iris brun. Pupilles dilatées, égales. Réflexes à la lumière et à l'accommodation conservés. Champ visuel normal et vision des couleurs intacte. Léger degré de myopie (Dioptr. — 1,5). A l'ophtalmoscope le réseau vasculaire choroïdien paraît normal ; pas de pulsations perceptibles au fond de l'œil. Sécrétion lacrymale normale.

Muqueuse nasale un peu pâle, sans rien de pathologique. Fosses nasales tout à fait libres, visibles jusqu'au fond par la rhinoscopie antérieure. La rhinoscopie postérieure dénote une légère hypertrophie de l'amygdale de Luschka. Odorat intact. Il existe une tendance aux épistaxis, surtout après une marche un peu longue. Au spéculum on voit à divers endroits sur le cornet inférieur des varicosités veineuses Cloison intacte.

L'examen de l'oreille au spéculum montre une légère rétraction de la membrane tympanique. Ouïe normale ; pas de bourdonnements. Température dans les deux conduits auditifs externe, égale des deux côtés 37,5 au milieu de la journée.

Muqueuse buccale pâle. Dents au complet, en bon état. Langue humide, rouge, animée d'un tremblement rapide, très net ; la malade la sort constamment pour se la passer sur les lèvres. Goût non perverti, pas de salivation.

Le cou, primitivement élancé, a pris par le développement du goître, une forme conique. Sa circonférence maxima est de 28 centimètres. Le goître prédomine sur les lobes droit et médian ; il est mou, élastique, compressible, non douloureux. Il donne l'impression d'une poche membraneuse élastique, contenant quelques noyaux résistants. A la palpation on ne perçoit pas de frémissement, et seulement de légères pulsations. Le stéthoscope placé sur le goître et sur les jugulaires au niveau du corps thyroïde, permet d'entendre un souffle continu, bourdonnant (souffle veineux). Peau normale au niveau du goître. Celui-ci s'est développé dans l'espace de dix jours. Les côtés du cou sont soulevés par de vives pulsations des carotides (danse des carotides), qui communiquent leur mouvement aux jugulaires distendues.

Pouls radial 120-135, bien rythmé. Artère dépressible, plutôt resserrée ; ~~pulsion peu ample~~. Tension au-dessous de la normale.

L'auscultation de l'art. humérale (au coude), fait entendre un souffle systolique net ; de même pour l'artère crurale.

Température. — 37°, 37,3, dans l'aisselle, égale des deux côtés pas de fièvre.

Respiration (18 à 20 par minute) du type costo-abdominal, libre, avec excursion normale de la paroi thoracique. Pas de spasme inspiratoire (soupirs hystériques) ni de dyspnée. Voix claire et nette, sans bégaiement. Toux sèche quelquefois pendant le sommeil, sans expectoration. Thorax un peu étroit, 54 centimètres. Creux claviculaires comblés par la graisse, non déprimés.

La région précordiale est le siège de vibrations et d'ébranlements, au milieu desquels le choc de la pointe, diffus, ne se distingue pas très bien. La percussion dénote une légère hypertro-

phie du ventricule gauche et une dilatation du droit. Bruits du cœur normaux, le deuxième bruit un peu accentué, perçu avec dédoublement au foyer de l'artère pulmonaire; 120 à 135 pulsations cardiaques par minute, sans palpitations subjectivement perçues, sinon après une longue marche. Pas d'angor pectoris, ni de syncopes.

Poumons, foie, rate, estomac, sains.

La pression sur les ovaires n'amène pas de sensation spéciale. Organes génitaux sains ; pas de leucorrhée. Pas de malaise périodique annonçant la menstruation.

Urine jaune paille, claire ; pas de polyurie (700 à 950 c³. par jour), densité 1010 à 1015 ; ni sucre, ni albumine, ni sédiments ; pas de pollakiurie.

Selles solides, une fois par jour, spontanément. Pas de diarrhée. Appétit capricieux. Répugnance pour les aliments cuits : l'ingestion d'aliments chauds provoque probablement de la douleur. Pas de vomissements. Soif non exagérée ; goût développé pour les boissons alcooliques.

Pas de céphalée ; pas de points douloureux à la pression sur la tête. Pas de bourdonnements d'oreille ni de vertige. Exploration des troncs nerveux de la face, de la colonne vertébrale, des nerfs intercostaux, négative. Paresthésies, hyperesthésie ou anesthésie absentes.

Réflexes normaux ; contractilité musculaire intacte. La langue paraît être le siège de mouvements choréiformes ; l'enfant la sort à chaque instant hors de la bouche et la passe sur ses lèvres, même lorsqu'elle ne se sent pas observée ; on ne peut donc rattacher ce geste à une contenance embarrassée. L'enfant joue constamment avec ses mains ; mais tous leurs mouvements ont un but défini.

Les mains étendues horizontalement de même que la langue tirée hors de la bouche, et surtout celle-ci, sont animées d'un tremblement à courtes oscillations, vibratoire, qui ne s'accroît pas dans les mouvements intentionnels. Je n'ai pu constater le tremblement du trapèze.

La résistance au courant galvanique est identique à celle que l'on constate chez les enfants du même âge.

L'enfant est particulièrement irritable. La mère raconte que depuis un mois, elle se montre impatiente, emportée, colère, frappe du pied, entre en fureur, qu'elle aurait même un jour battu son jeune frère en déclarant qu'elle voulait le tuer. Elle est très intelligente, et pourtant est parfois comme insensée et oublie tout. Pendant de longues périodes elle n'a de goût à rien. Elle demande à aller se promener, et un instant après ne veut sortir à aucun prix. Elle passe soudainement de l'entrain à l'apathie.

Sommeil agité depuis cinq semaines, sans causes assignables. (Rêves, troubles psychiques). Pendant le sommeil, toux fréquente sans expectoration, et n'amenant pas le réveil. La température n'est pas élevée pendant la nuit ; pas de thermophilie, ni de transpiration.

OBSERVATION XXXIV

Steiner.

Léopoldine D..., 12 ans.

Parents très nerveux, surtout la mère, qui est sujette aux migraines depuis l'enfance. Pas de maladies nerveuses ou mentales dans la famille.

La petite malade a eu la rougeole à 3 ans, la coqueluche à 5 ans.

Depuis l'âge de 6 ans, elle éprouve de violentes palpitations, et des maux de tête qui ne font que s'accroître.

Dans les derniers mois, son caractère a changé elle est devenue irritable, impressionnable. Conduite à la consultation trois fois de suite elle s'échappa par crainte de l'examen médical.

Etat, le 17 octobre 1895. — Léopoldine D..., âgée de 12 ans. Taille 1 m. 36. Poids 29 kilog. Corps grêle, peu musclé. Téguments en assez bon état, et de coloration normale. Hémoglobine : 76 0/0. Tache cérébrale et raie de Trousseau nettement produites. Pas de trouble de la sécrétion sudorale ; température de la peau toujours normale, aussi bien objectivement que subjectivement.

Visage un peu blême, rougissant facilement. La commissure labiale gauche est un peu déviée. Le phénomène du facial et le réflexe massétérein ne sont pas décélables.

Yeux, nez, oreilles normaux.

Langue humide, rouge, animée d'un tremblement léger.

Le cou est un peu élargi à sa partie inférieure par un goître très léger, atteignant les trois lobes de la glande (Circonférence du cou 28 cm.), de consistance molle, élastique, non douloureux au toucher; on n'y sent ni frémissement, ni pulsations, mais seulement un murmure systolique distinct ; il s'est développé depuis quelques semaines.

Battements des carotides très accentués, causant une grande gêne à l'enfant dans le moindre mouvement, et une grande inquiétude à son entourage.

Pouls radial 160 à 180 battements par minute, un peu arythmique au début de l'examen, mais se régularisant lorsque l'en-

fant a repris son calme. Artères peu tendues, modérément dilatées. Pas de dicrotisme du pouls. Souffle vasculaire au niveau des carotides, pas de bruit de diable.

Respiration (20 à 24 fois par minute) normale, ainsi que la voix. Dyspnée après un léger effort.

Pulsations perçues dans la région précordiale du troisième au sixième espace intercostal. Choc de la pointe élargi et renforcé. Hypertrophie du ventricule gauche et dilatation du ventricule droit. Bruits normaux.

Palpitations douloureuses, avec sensation de battements dans la tête.

Rien à noter du côté du poumon, de l'estomac, du foie, de la rate, des organes génitaux. Urines normales. Pas de troubles digestifs.

L'enfant se plaint de maux de tête, qui sont exagérés par les mouvements. Pression sur le crâne et sur la crête vertébrale douloureuse. Dans la région du dos, on trouve des zones d'anesthésie ; une épingle enfoncée de 1 millimètre 1/2 n'éveille aucune sensation. Ces zones se déplacent ; leur distribution varie d'un jour à l'autre. Il y a toujours de l'hypéresthésie dans la région lombaire, l'enfant est très « chatouilleuse » (« Kitzlich »). Réflexes patellaires très exagérés. Clonus du pied (phénomène de Westphall). Réflexes du biceps et du triceps exagérés des deux côtés.

Tremblement des mains et de la langue.

La résistance au courant continu est un peu diminuée.

Sommeil très agité. L'enfant se tourne et se retourne dans son lit, ne s'endort qu'au matin, et reste par suite somnolente une grande partie de la journée. Elle est très agitée, avec quelques mouvements choréiformes. Elle présente de conti-

nuels changements d'humeur, riant ou pleurant d'un moment à l'autre. Elle a mis très longtemps à s'habituer à notre examen, et ne peut se laisser voir par un autre médecin sans pleurer et s'effrayer. La mère tient sa fille pour folle parce qu'elle la voit du jour au lendemain et sans aucune cause passer d'une joie exubérante à la plus sombre mélancolie. En réalité elle est bien douée et d'intelligence vive, quoique un peu dépourvue de mémoire. Elle laisse l'impression d'une hystérique.

OBSERVATION XXXV

Steiner.

Une petite fille de 8 ans, anémique, mais bien développée est amenée à l'hôpital pour de violentes palpitations. L'examen dénote en outre une tachycardie prononcée et de la dilatation cardiaque ; les bruits du cœur sont normaux. On constate un goître vasculaire symétrique, de développement moyen, et une exophtalmie assez accentuée. Tremblement de la langue ; les bras et les mains tremblent aussi lorsqu'on les fait tenir étendus. Pas de chorée. On observe les raies de Trouseau.

L'enfant n'est venue qu'une seule fois à l'hôpital et n'a pu être examinée plus à fond.

OBSERVATION XXXVI

Baldwin 1895.

Un gros et grand garçon de 10 ans, montagnard des Apenins, est amené par la mère, « parce qu'il n'est bon à rien »

et qu'il vit dans un état de demi-somnolence continuelle. Face large, hébétée; paupières inférieures bouffies; double menton; cheveux noirs épais, secs et cassants; peau blanche, sèche et flasque. Température 36°,6. Le cœur bat lentement (55 pulsations), les bruits sont normaux; mais la pointe semble un peu déplacée en bas et en dehors; respiration ralentie. Pas d'hypertrophie du foie, ni de la rate, ni des ganglions. Pas de troubles digestifs. Urines normales.

Il y a quelques années, au dire de la mère, le malade a souffert de palpitations et de dyspnée; son cou avait grossi et ses yeux étaient projetés hors de l'orbite; il était très nerveux et dormait mal; on avait pensé à une affection du cœur. Il s'est bien porté jusqu'à l'âge de six ans, et c'est depuis deux ans qu'il a pris peu à peu la physionomie actuelle. Le médecin qui l'a observé au moment de ses troubles cardiaques déclare qu'il s'agissait d'une maladie de Basedow typique.

L'examen du sang ayant démontré une certaine diminution des globules rouges, et le malade étant d'autre part très mal nourri, on essaie la médication tonique, mais sans succès. On se demande alors s'il ne s'agirait pas d'un cas de myxœdème, et si l'atrophie thyroïdienne n'aurait pas succédé à la maladie de Basedow. On administre des tablettes de corps thyroïde, le médicament est bien supporté; une dose un peu trop forte ayant provoqué chez l'enfant des palpitations et de la dyspnée, la mère remarqua spontanément qu'il était « comme quand il avait sa maladie de cœur ». Le résultat du traitement fut nettement favorable. Au bout d'un mois, l'enfant était beaucoup plus éveillé, l'embonpoint excessif, la bouffissure générale, avaient beaucoup diminué; le pouls était à 70, la température à 36°,5. Six mois après la guérison était complète.

OBSERVATION XXXVII

Baldwin, (*loc. cit.*).

Le 22 mai 1884, je fus appelé auprès d'une jeune fille de 14 ans, grande et forte, que je trouvai souffrant d'une amygdalite folliculaire aiguë, avec dysphagie douloureuse. Cette affection guérit, sans suppuration, au commencement de juin. Mais j'avais remarqué, avec étonnement et inquiétude que, tandis que la température ne dépassait pas 37° C, le pouls restait entre 140 et 160 pendant toute la période fébrile. Jusqu'au 12 juin, on compta encore de 100 à 120 pulsations à la minute. A cette époque on remarqua une tuméfaction modérée et symétrique du corps thyroïde et une certaine saillie des globes oculaires, insuffisante cependant pour gêner l'occlusion palpébrale. Il n'y avait pas de tremblement, mais on notait de fortes pulsations des carotides. Le diagnostic de maladie de Basedow s'imposait ; et on proposa, avec un traitement approprié, la galvanisation du sympathique cervical ; mais la malade quitta Florence, et je ne la revis plus de quelque temps. Sa mère me tint au courant ; je sus que la maladie s'était sensiblement aggravée, et avait même présenté une période de véritable danger, coïncidant avec l'établissement des premières règles. Cependant un traitement attentif, comportant l'électrisation, amena une amélioration progressive ; en janvier 1890 la guérison était complète. Depuis cette époque (décembre 1891) l'état de la malade se modifia peu à peu et on vit apparaître tous les symptômes du myxœdème. En janvier 1893 on entreprit le traitement par le corps thyroïde frais. Cette médication eut un plein succès, et produisit une amélioration considérable et persistante.

OBSERVATION XXXVIII (résumée).

Zuber 1900.

Blanche F., 13 ans. Père alcoolique ; la mère est fille d'alcoolique, mais ne boit pas ; elle est rhumatisante ; elle a quatre autres enfants bien portants.

L'enfant s'est développée normalement. Rougeole à trois ans ; pas d'autres maladies antérieures ; c'était une enfant ni nerveuse, ni impressionnable, douce, bonne élève à l'école.

La maladie actuelle remonte à quelques mois. En août 1897, le cou commence à grossir ; mais il n'y a ni palpitations, ni aucun trouble nerveux. Traitement iodé. Au mois de novembre suivant, l'enfant qui était grasse et forte, se met à maigrir très rapidement ; mais on ne relève aucun autre symptôme. On institue le traitement arsenical.

Dans le courant de décembre, de nouveaux phénomènes apparaissent. L'amaigrissement continue, quoique la malade s'alimente normalement ; elle se plaint en outre de lassitude générale, de céphalée, de palpitations, d'essoufflements ; elle a des battements au niveau des tempes et elle tremble. Depuis quatre ou cinq jours elle a de la fièvre avec anorexie, langue saburrale ; elle a saigné du nez. La mère remarque à ce moment que le regard de l'enfant est bizarre, l'œil est brillant.

Etat à l'entrée (5 janvier 1898). — Enfant blonde, élancée, très maigre, surtout de la figure et du tronc. Elle n'est pas réglée. Elle est agitée, impressionnable ; le regard est inquiet. La voix est rauque. Température 38° ; langue sèche. Pouls régulier, de 130 à 140. L'enfant se plaint d'oppression et de battements de cœur.

Tremblement vibratoire de tout le haut du corps. Légère

exophtalmie, avec un léger degré de lagophtalmie. Pupilles dilatées. Pas d'autres symptômes oculaires.

Goitre très net, prédominant sur le lobe droit, mou, pulsatile, on y perçoit un thrill et des battements ; et on y entend un souffle continu à renforcement systolique. Raie vasomotrice très accusée. La malade a des rougeurs subites des deux pommets ; elle se plaint d'avoir toujours trop chaud aux pieds ; elle transpire abondamment des extrémités ; présente parfois du dérobement des jambes.

Résistance électrique normale. Pas de stigmates hystériques. Réflexes normaux. Tous les viscères sont sains ; le cœur n'est pas dilaté ; léger souffle extra-cardiaque préventriculaire. Urines normales.

La malade est agitée, parle seule, a des cauchemars la nuit.

Traitement. — Faradisation au niveau du cou et des yeux.

Pendant les premières semaines on note une crise de diarrhée séreuse, puis de l'incontinence d'urine, et une angine herpétique avec fièvre.

Le 25 mars, élévation brusque de la température à 39°. État typhoïde. Douleurs dans les membres. Constipation. Arythmie cardiaque. Escarres du talon et du siège. Le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu s'impose lors d'une seconde attaque, le 5 avril. Consécutivement on observe les symptômes d'une péricardite, et l'on voit apparaître des mouvements choréiques très accusés dans le bras et la jambe gauches. Troisième poussée rhumatismale le 21 avril. Après celle-ci, l'état général devient beaucoup meilleur. Les signes de la maladie de Basedow, qui s'étaient exagérés au moment de la crise rhumatismale s'atténuent sensiblement.

La malade quitte l'hôpital, complètement rétablie, au mois de

juillet, la tachycardie persiste avec une hypertrophie dure du lobe droit du corps thyroïde. Les signes de péricardite ont disparu.

OBSERVATION XXXIX

Variot 1901.

Le 30 mai 1901, l'enfant Edmond N..., né le 24 novembre 1896, est venu à la consultation des Enfants Malades. Sa mère venait consulter au sujet d'une toux quinteuse, persistante. Mais ce qui frappa tout de suite l'externe, chargé du triage des contagieux à l'entrée de la consultation, ce fut la saillie considérable de ses deux globes oculaires.

Les parents de cet enfant sont originaires de la Corrèze, des environs de Pompadour ; ils sont bien portants.

Le père est âgé de 36 ans ; il est briquetier ; il n'est pas buveur. Dans son enfance il aurait eu des convulsions. La mère est âgée de 27 ans ; elle aurait eu aussi des convulsions jusqu'à l'âge de 7 ou 8 ans. Actuellement sa santé est bonne.

Les grands parents sont encore vivants et bien portants. Pas de maladies nerveuses dans la famille. Le goître est inconnu dans le pays d'origine.

Ce garçon est le premier et unique enfant, né à terme, après un accouchement artificiel assez laborieux. Elevé au sein jusqu'à 17 mois, il a toujours été de santé délicate ; il a eu plusieurs attaques de cholérine, la rougeole à 2 ans, plusieurs bronchites, et enfin la coqueluche, qui débuta il y a environ un an et demi au mois de décembre 1899. Cette coqueluche s'est compliquée d'une broncho-pneumonie double qui mit l'enfant dans un état grave.

Depuis ce temps il s'est affaibli, il a maigri beaucoup, bien qu'il continue à manger avec appétit ; et il a encore des quintes de toux qui persistent la nuit. C'est également depuis sa coqueluche que ses yeux ont grossi ; c'est en particulier depuis 5 ou 6 mois que la mère a remarqué qu'ils devenaient plus saillants.

L'exophtalmie bilatérale, est très accentuée. Les yeux ont l'éclat particulier aux basedowiens, le regard est inquiet, agité, et hagard. Les pupilles sont dilatées, mais égales.

On ne note ni défaut de synergie entre les mouvements du globe oculaire et ceux de la paupière supérieure (signe de de Graefe), ni paralysie de la convergence (signe de Mobius). En revanche la fente palpébrale reste ouverte d'une manière exagérée ; l'occlusion volontaire et passagère des paupières se fait normalement ; mais l'occlusion permanente ne se produit pas dans le sommeil et les paupières laissent à découvert une partie du globe oculaire (lagophtalmie, signe de Stellwag). Nous avons vu que cette considérable exophtalmie remontait à 6 mois environ, et avait apparu consécutivement à la coqueluche.

Le cou est gros et le corps thyroïde est visiblement augmenté de volume. Mais la mère ne s'en était pas aperçue, et ne peut pas dire depuis quand le goître s'est établi.

Les lobes du corps thyroïde débordent de chaque côté les bords des muscles sterno-mastoïdiens ; la partie supérieure du goître s'élève au-dessus du cartilage thyroïde ; l'hypertrophie est surtout appréciable du côté droit et lorsque la tête est renversée en arrière. A la palpation, la main perçoit sur la partie latérale du cou des battements avec frémissement vasculaire et thrill très marqué. L'auscultation fait entendre, avec le stéthos-

cope un murmure continu avec redoublement systolique au niveau des vaisseaux du cou.

La tachycardie est tout aussi nette que le goître et l'exophtalmie ; le pouls, bien frappé, bondissant et sec, varie de 152 à 168 à la minute ; dans les périodes de repos et pendant le sommeil nous ne l'avons jamais trouvé inférieur à 140. La palpation de la région précordiale fait reconnaître un état permanent d'éréthisme cardiaque : la pointe bat dans le quatrième espace intercostal à un travers de doigt au-dessous du mamelon. La limite de la matité dépasse légèrement le bord droit du sternum, semblant indiquer une notable augmentation de volume du cœur. A l'auscultation, on entend un souffle probablement d'origine extra-cardiaque sus apexien meso-systolique et à timbre presque musical.

Quant au tremblement vibratoire de Charcot-Marie, s'il a jamais existé, il est très peu marqué, et en tous cas difficile à rechercher chez un enfant aussi jeune.

On ne trouve rien à l'examen des organes respiratoires, qui explique les quintes de toux, probablement d'origine laryngée.

L'enfant, malgré l'amaigrissement considérable de ces derniers mois continue à manger avec appétit, à bien digérer. Il est toujours très altéré ; la langue reste humide.

Le ventre est souple, mais la rate est considérablement augmentée de volume. Le bord inférieur, sensible à la palpation, descend presque jusqu'à la crête iliaque, et son bord latéral s'avance à environ deux travers de doigt de l'ombilic. Le foie est également hypertrophié, quelques ganglions de l'aîne sont chroniquement engorgés.

Dans ces derniers mois, l'enfant a eu des crises diarrhéiques, séparées par des intervalles de constipation.

Les urines sont claires, limpides, et ne contiennent ni albumine, ni sucre.

L'enfant est dans un état d'anémie très apparent. La peau du visage a un aspect chlorotique légèrement subictérique; les muqueuses gingivales et conjonctivales sont décolorées, les téguments de l'oreille sont un peu transparents.

Les troubles vaso-moteurs sont très accentués; pour une simple émotion, (la prise de la température rectale, d'ailleurs normale 37°,4) tout le tégument externe prit une rougeur subite, scarlatiniforme. Depuis quelques jours, quelques taches discrètes de purpura se sont montrées sur les membres inférieurs et supérieurs. Même l'hiver l'enfant se découvre, rejette ses couvertures la nuit, se plaint dans la journée d'avoir trop chaud (thermophobie). A l'état permanent, les mains et la peau en général sont moites.

Notre petit malade a un état mental assez particulier; c'est un enfant unique, gâté par sa mère qui ne le quitte pas, ne le laisse jamais jouer avec d'autres enfants. Son développement intellectuel est assez modéré. Il est agité, craintif, volontaire, impressionnable.

A 18 mois, il a eu une convulsion à la suite de laquelle il resta sans connaissance pendant 5 heures. Il a encore, certains jours, des sortes de période d'agitation, pendant lesquelles d'après la mère, « les vers lui remontent à la gorge ». Il a souvent des cauchemars la nuit. Nous n'avons pas trouvé chez lui de troubles de la sensibilité objective, ni d'autres stigmates hystériques.

Traitement. — Sirop d'iodure de fer. Strophantus. Régime fortifiant.

19 juin. — Température rectale 38°,7. Pouls 160°. Signes de

bronchite aiguë; quelques râles crépitants, quintes de toux, suivies de vomissements.

20 juillet. — Amélioration de l'état général. Température 37°,6. Quintes de toux moins fréquentes. Poids 16 kilos 300. L'examen du rhino-pharynx montre l'existence de végétations adénoïdes.

30 septembre. — Pouls 159°. Le goître et l'exophtalmie sont stationnaires. Depuis 15 jours l'enfant est traité par le salicylate de soude. Poids 17 kilos 400.

10 octobre. — Pouls 148°. On essaie le traitement thyroïdien.

20 octobre. — Amélioration sensible. Poids 17 kilos 800. Le cou, qui a diminué de volume, mesure encore à la base 26 cm de circonférence.

CHAPITRE III

Etiologie.

On pourrait compter, d'après Steiner, un cas de maladie de Basedow chez l'enfant, pour 50 observés chez l'adulte. On peut à ce propos, comme le fait le même auteur, rapprocher le goître exophtalmique d'une autre affection, comparable par certaines conditions étiologiques, l'hystérie. La rareté relative chez l'enfant de cet état pathologique est bien moins accusée puisqu'on observerait un cas dans le jeune âge pour 7 ou 8 relevés chez l'adulte.

Mais le degré de fréquence du goître exophtalmique chez l'enfant varie beaucoup suivant les âges.

Comme on peut s'y attendre les cas de la maladie, extrêmement rares dans les premières années, se multiplient de plus en plus à mesure que l'on s'approche de la puberté.

L'examen des 39 observations que nous avons pu analyser est à ce point de vue très démonstratif. En divisant en trois périodes égales l'espace de 15 années dans lequel se repartissent nos malades, nous relevons : de

0 à 5 ans trois cas ; de 5 à 10 ans 11 cas ; de 10 à 15 ans 25 cas. Trente-deux malades sur trente-neuf, c'est-à-dire près des quatre cinquièmes ont entre 8 et 15 ans. Le plus jeune a 2 ans et demi.

De cette statistique on peut conclure, que, d'après les faits connus, la maladie n'existe pas chez le nourrisson, et que, rare d'une manière générale avant la puberté, elle se rencontre tout à fait exceptionnellement dans la seconde enfance.

Un cinquième seulement de nos cas se rapportent à cette période de la vie, ce qui, en gardant la proportion donnée par Steiner, permet d'évaluer à 1 pour 250 la fréquence de la maladie dans les 7 premières années comparée à ce qu'elle est chez l'adulte. En France, on signale un seul cas avant la 8^e année, celui que rapporte notre maître M. Variot.

L'influence du sexe se fait sentir à peu près comme chez l'adulte. Sur 39 malades nous comptons 23 filles et 11 garçons.

La prédisposition créée par la race semble réelle. Elle paraîtrait même considérable si l'on se bornait à compter nos observations ; nous en trouvons en effet 6 françaises contre 25 de provenance allemande ; mais il ne faut pas perdre de vue que l'Autriche et la Suisse aussi bien que l'Allemagne figurent dans ce compte, et que la population de ces trois pays réunis est près de deux fois et demi supérieure à celle de la France. On voit néanmoins que pour qu'il y ait équivalence, le nombre des cas allemands, ne devrait pas dépasser une quinzaine. On trouve donc vérifiée, semble-t-il, l'o-

pinion d'Eichorst (1) sur la plus grande fréquence de la maladie de Basedow dans la race allemande.

Les antécédents héréditaires présentent chez un grand nombre de nos malades des faits significatifs.

L'hérédité similaire complète est relevée deux fois (obs. 7 et 31) ; la maladie de Basedow existe dans ces deux cas chez la mère du sujet (elle est dans l'un des deux accompagnée d'idées délirantes). Dans des cas plus nombreux on note isolément chez les ascendants, un ou deux des grands symptômes dont la réunion constitue le goître exophtalmique ; ce qui crée en quelque sorte une hérédité similaire dissociée. Le goître simple, dont la parenté avec la maladie de Basedow est établie, est noté dans 4 observations chez les parents, les frères et sœurs, grands parents ou collatéraux (obs. 6, 15, 27, 33). Dans 3 cas (obs. 4, 24, 27) ce sont les palpitations et la tachycardie qui existent chez les ascendants. Il s'agit sans doute pour quelques-uns de ces faits de formes frustes de la maladie. Dans l'un d'entre eux notamment (27) les palpitations sont associées à un goître qui date de la naissance. Le terrain névropathique, le neuro-arthritisme, apparaissent fréquemment chez les ascendants. La chorée est signalée chez les 2 frères d'un malade (24) en même temps que le rhumatisme avec complications cardiaques, chez le père ; l'alcoolisme des parents est relevé dans trois observations (23, 24, 33).

1. Eichorst, *Spéciale. Pathol. méd. therap.*, 1883, I. 224.

La plupart des malades sont de constitution délicate ; petits, malingres, nerveux ; le rachitisme, la scrofule (obs. 5, 14, 16, 32) ; les végétations adénoïdes (obs. 33, 39), se rencontrent chez plusieurs d'entre eux. Presque tous présentent les signes d'une anémie plus ou moins accusée. Certains symptômes subjectifs, comme les palpitations, la dyspnée d'effort, les vertiges et la céphalée, peuvent lui être attribuées, de même que certains souffles cardio-vasculaires.

Dans trois observations on relève l'hypertrophie de la rate (Obs. 5, 23, 39) ; la splénomégalie était considérable chez le petit malade de M. Variot ; on notait également chez lui du purpura.

La fréquence de ces signes de dystrophie sanguine fait songer aux rapports étiologiques établis autrefois par Bouillaud entre l'anémie et la maladie de Basedow.

Chez trois de nos malades (obs. 23, 24, 27) on note la préexistence du goître longtemps avant l'apparition des signes de la maladie de Graves.

Dans un de ces cas, (Obs. 27) le goître existe depuis la naissance chez les deux sœurs, et c'est seulement à 11 ans que la maladie de Basedow apparaît chez l'une d'elles. De pareils faits sont signalés par le Professeur Dieulafoy (*Manuel de Pathologie interne*, 10^e édition I. 629).

Les causes occasionnelles de la maladie restent le plus souvent inconnues. Dans trois de nos observations cependant, on relève nettement l'influence d'une émotion (obs. 7) ou d'une frayeur subite (obs. 13, 25). Dans deux autres, c'est à la suite d'un traumatisme, chute ou coup

sur la tête que la maladie apparaît (obs. 15, 19). Enfin on l'observe 5 fois à la suite d'une maladie infectieuse, la scarlatine (obs. 5) une angine aiguë (37) et plus souvent la coqueluche (21, 34, 33).

CHAPITRE IV

Symptômes et Diagnostic.

I. — *Symptômes cardio-vasculaires.* — La tachycardie est généralement considérée comme le symptôme essentiel du goître exophthalmique. Sans tachycardie, dit Charcot, il n'y a pas de maladie de Basedow. Elle est relevée dans toutes nos observations, et constitue dans le tiers des cas environ le trouble initial. La fréquence du pouls est généralement modérée, et moins élevée que chez l'adulte. Dans la plupart des cas elle oscille entre 100 et 120 pulsations par minute ; six fois seulement sur 39 elle atteint ou dépasse le chiffre de 150. Les palpitations paraissent moins accusées aussi que chez l'adulte ; nous les trouvons signalées une fois sur deux à peu près. Les troubles du rythme sont rares : l'arythmie est notée 4 fois. La tension artérielle est le plus souvent diminuée ; le pouls est dépressible ; il présente en même temps dans certains cas une amplitude exagérée en rapport avec l'hypertrophie cardiaque. Chez presque tous nos malades l'hyperactivité du cœur se traduit par un certain nombre de signes objectifs ; le choc de la pointe est violent et se perçoit sur une grande étendue ; la région pré-

cordiale est le siège d'ondulations et d'ébranlements perceptibles au toucher et même à la vue. Dans un tiers des cas, on note une augmentation plus ou moins considérable de la matité cardiaque, en rapport avec la dilatation ou l'hypertrophie de l'organe. Comme le fait remarquer Steiner cette complication n'est pas liée au degré de fréquence du pouls ; elle accompagne des tachycardies modérées et manque dans des cas où le pouls est très rapide. Les bruits anormaux existent chez le tiers de nos malades (13). Dans tous ces cas, il s'agit d'un souffle systolique ou méso-systolique dont la localisation est peu rigoureuse ; le maximum est plus souvent à la base qu'à la pointe ; plusieurs fois le souffle est diffus et s'entend dans toute la région précordiale ; il est généralement noté comme inconstant ; en somme il ne présente pas de caractères organiques et paraît lié soit à l'hypéractivité et à la dilatation du cœur, soit à l'anémie concomitante. Chez un de nos malades le souffle primitif extracardiaque est remplacé tardivement par un souffle d'insuffisance aortique (Obs. 24). Le souffle systolique s'entend le plus souvent dans les grosses artères, notamment dans les carotides. La dilatation des vaisseaux du cou, les battements des carotides, des artères thyroïdiennes et temporales, sont notés dans la plupart des cas.

II. — *Goître*. — Avec la tachycardie, le goître est chez l'enfant un symptôme constant. Alors que chez l'adulte, il manque environ une fois sur 7 (Steiner) nous le trouvons signalé chez tous nos malades. Chez le cinquième, il représente le symptôme du début. Son volume est généralement modéré, quelquefois à peine apprécia-

ble (Obs. 21) ; cinq fois, il est noté comme volumineux ; il est considérable chez le malade de M. Variot. Dans la moitié des cas il est irrégulier et prédomine alors sur le lobe droit. Il est mou, compressible au toucher, et prend parfois une consistance plus dure lorsque la maladie évolue vers la guérison. On perçoit souvent à son niveau des pulsations, un thrill et un souffle vasculaire. Son développement est progressif, mais particulièrement rapide. Il atteint son maximum dans l'espace de 4 à 6 semaines.

Dans un cas (Obs. 7) il se développe d'une manière aiguë en quelques jours et disparaît avec la même rapidité. Enfin chez trois de nos malades (Obs. 23, 24, 27) le goître existe à l'état d'ébauche depuis des années, lorsque la maladie se déclare.

III. — *Exophtalmie*. — L'exophtalmie est le moins constant des trois symptômes cardinaux, son absence est notée dans 8 de nos observations. Lorsqu'elle existe, elle est en général peu prononcée ; dans plusieurs cas elle est douteuse, et se révèle seulement par l'expression étrange du regard. Chez quatre ou cinq malades seulement elle est très prononcée ; elle s'accompagne chez l'un d'eux de kératite et d'ulcération cornéennes, et chez un autre de suppuration des deux globes oculaires (12, 21). Dans un cas (2) elle est unilatérale et n'existe que du côté droit. Elle est aussi souvent que le goître, et moins souvent que la tachycardie le premier symptôme en date. Le signe de de Graefe existe rarement (3 fois) ; le signe de Stellwag (lagophtalmie) est un peu plus fréquent (6 fois) : le signe de Mobius n'est pas signalé.

La réfraction reste le plus souvent intacte ; trois fois pourtant un certain degré de myopie s'établit en même temps que la maladie. L'inégalité pupillaire est notée deux fois. Les pulsations de l'artère centrale de la rétine, une seule fois. D'une manière générale, les symptômes oculaires sont atténués chez l'enfant.

IV. — *Tremblement*. — Le tremblement vibratoire de Charcot-Marie qui est presque de règle chez le basedowien adulte, est au contraire rarement observé chez l'enfant. Il est absent 33 fois sur 37.

Lorsqu'il existe (6 fois) il est surtout marqué aux mains et à la langue. Dans un cas (25) il est accompagné de bégaiement et marque le début de la maladie. A côté du tremblement vibratoire type, Kahlér (*Prager med. Wochensch.* 1883) décrit dans la maladie de Basedow un « tremblement choréiforme » constitué par de petits mouvements choréiques. Ce symptôme, qui ne serait qu'une chorée ébauchée, est signalé dans plusieurs de nos observations (Obs. 13, 20, 34, 33, 26) ; dans l'une d'elles (26), il paraît constituer le symptôme initial.

La chorée vraie est signalée chez cinq malades (Obs. 6, 12, 13, 19, 38). Cette coexistence de la chorée et de la maladie de Basedow a été observée chez l'adulte ; mais elle paraît sensiblement plus fréquente chez l'enfant. Nos cinq malades sont des filles. Dans un cas (24) et chez un garçon, la chorée existe dans les antécédents personnels : elle peut donc précéder l'apparition du goitre exophtalmique. Elle apparaît dans les autres cas dès le début ou au cours de la maladie, et disparaît tou-

jours bien avant la fin de celle-ci, constituant un simple épisode, d'une durée de 15 jours à trois mois.

V. — *Symptômes accessoires.* — A côté de ces signes essentiels de la maladie de Basedow, on observe, chez l'enfant comme chez l'adulte, un certain nombre de symptômes de moindre importance. La diarrhée séreuse, apparaissant par crises, est signalée cinq fois (O. 13, 21, 28, 38, 39). Les vomissements sont rares. On note quelquefois des troubles de l'appétit, qui est perverti (Obs. 1), exagéré (13) ou diminué. Chez un malade (14), le goître provoque de la dysphagie. L'incontinence d'urine est relevée deux fois ; la sécrétion urinaire est ordinairement normale ; une malade (29) présente de la glycosurie alimentaire. Dans la plupart des cas et même quand l'appétit est conservé, on observe un amaigrissement notable, apparaissant souvent dès le début de la maladie.

Des troubles divers sont relevés du côté de l'appareil respiratoire. Un des plus fréquents est la dyspnée, dyspnée d'effort surtout, paraissant liée à l'état d'anémie ou au surménagement cardiaque. La dyspnée paroxystique, notée dans trois observations (3, 7, 13) est plutôt en rapport avec la compression du larynx et des récurrents par la tumeur thyroïdienne. La même cause peut être attribuée au tirage (23), au stridor laryngé (23, 24, 32), à la raucité de la voix, de même qu'à la toux quinteuse existant chez plusieurs malades. Les végétations adénoïdes sont signalées deux fois (33, 39).

Presque tous les petits malades présentent un état psychique particulier. Leur caractère change ; ils deviennent irritables volontaires, impressionnables.

Dans un cas seulement (31) les troubles psychiques ont plus loin, et on observe des phobies, des terreurs nocturnes, et presque des idées délirantes. Le sommeil est souvent agité et troublé par des cauchemars. Chez trois malades (27, 36, 37), on voit succéder à cette période d'irritabilité excessive un état de dépression mentale, de somnolence, lié à l'établissement d'un myxœdème secondaire. On ne relève que très rarement les stigmates de l'hystérie, tels que les zones d'anesthésie (30), la sensation de boule œsophagienne (39). En dehors de la lassitude musculaire; qui est fréquente, les troubles de la motilité sont rares. On observe un cas de paraplégie (17), un cas d'hémiplégie (49) apparemment de nature hystérique, et deux cas de parésie faciale gauche (5, 28), difficiles à interpréter. Le phénomène du dérobement des jambes est signalé une fois (38). Les réflexes ne sont pas modifiés.

Le système vaso-moteur cutané participe à l'érethisme circulatoire et présente une irritabilité particulière. Les bouffées de chaleur, les rougeurs subites parfois limitées à un côté de la face (15), les phénomènes de la tache cérébrale et de la raie de Trousseau sont fréquemment observés, de même que les sueurs profuses. Les œdèmes sont rares (9). L'hypersécrétion lacrymale est notée une fois. Chez plusieurs malades on observe soit du vitiligo, soit une pigmentation brune du tégument: dans un cas (23) cette pigmentation très étendue et accusée est attribuée par l'auteur à de l'arsénicisme. Le purpura, qui existe chez le malade de M. Variot n'existe chez aucun

autre. — Le signe de Vigouroux (diminution de la résistance électrique), a été rarement recherché.

L'hyperthermie, constatée chez plusieurs malades, est souvent liée à des complications (angine, broncho-pneumonie, tuberculose, poussées articulaires). Mais quelquefois aussi on observe des accès fébriles passagers, qui semblent relever uniquement de la maladie de Basedow (O. 6, 13, 22, 27). Dans un cas (Obs. 28) cette fièvre atteint 40°, présente un type rémittent et persiste des semaines et des mois.

Le diagnostic, au moins à la période d'état de la maladie, n'a généralement pas présenté de difficultés ; huit fois sur trente-neuf, soit dans un cinquième des cas, la triade symptomatique était incomplète ; c'est toujours l'absence de l'exophtalmie qui constituait ces formes frustes. Il est permis de penser qu'un certain nombre de ces formes incomplètes échappent à l'attention des observateurs, qui songent bien rarement à rechercher la maladie de Basedow chez l'enfant.

CHAPITRE V

Evolution de la maladie. — Traitement. — Pathogénie.

L'évolution du goître exophtalmique présente chez l'enfant quelques caractères particuliers. On observe plus fréquemment que chez l'adulte le début brusque et l'établissement rapide des symptômes, en quelques semaines ou même en quelques jours (obs. 7, 33). Ce sont le plus souvent les troubles cardiaques qui apparaissent les premiers. Dans des cas un peu moins fréquents la maladie commence par l'exophtalmie ou par le goître ; nous avons signalés quelques cas où le goître existait à l'état isolé depuis plusieurs années. Deux ou trois fois l'affection débute par le tremblement. Enfin ce sont parfois des symptômes accessoires qui se manifestent d'abord : de la fatigue, de la céphalée, ou des troubles viscéraux.

Au cours de la maladie, on observe parfois soit des paroxysmes, avec crises de suffocation (0. 3, 7, 13), soit des phases d'aggravation avec dépression de l'état général et véritable état de cachexie. Il ne s'agit le plus souvent que d'épisodes passagers, qui n'influencent pas la marche générale de la maladie.

La durée de celle-ci paraît en moyenne moins longue que chez l'adulte. Trois fois nous assistons à une véritable évolution aiguë : ce sont les cas de Solbrig (0.7) où le processus très intense, se développe et se termine dans l'espace de dix jours, et ceux de Demme (30) et de Müller (26) qui durent six semaines. La durée de la plupart des autres varie de quelques mois à deux ou trois ans.

Sur 21 cas dont l'évolution a pu être suivie assez longtemps, nous relevons 13 guérisons, 6 améliorations et 2 morts par cachexie. La mortalité serait donc un peu inférieure à 10 pour cent ; elle est évaluée à 20 pour cent chez l'adulte : le pronostic serait donc sensiblement meilleur chez l'enfant. La maladie laisse fréquemment quelques vestiges. Le plus souvent on note la persistance d'un léger goître et d'un peu de tachycardie ; quelquefois (20) les yeux restent un peu saillants. La guérison n'est pas toujours définitive : nous trouvons signalé un cas de récurrence au bout de 7 ans (0.18).

Chez l'enfant comme chez l'adulte on assiste parfois à la transformation de la maladie thyroïdienne : deux fois en effet (0.36, 37) nous voyons le myxœdème succéder au goître exophtalmique.

Le traitement de la maladie de Basedow, dans l'enfance répond aux mêmes indications que chez l'adulte, et comporte les mêmes moyens thérapeutiques. C'est surtout à soutenir la fonction cardiaque et à lutter contre l'état d'anémie et de dénutrition que s'appliquent la plupart des auteurs : la digitale, le strophanthus, le fer, l'arsenic, remplissent ces indications. Le salicylate de soude récemment préconisé par M. Babinski a été admi-

nistré avec de bons résultats au malade de M. Variot. On a essayé également chez lui l'opothérapie thyroïdienne qui a paru avoir quelque succès ; elle a été employée par un des auteurs que nous citons (0.32). L'électricité a été employée assez rarement et avec des méthodes diverses ; elle a provoqué plusieurs améliorations.

L'examen des faits réunis dans ce travail montre que, à la fréquence près, la maladie de Basedow dans l'enfance présente un aspect clinique très semblable à celui qu'elle revêt chez l'adulte.

Elle prêterait également aux mêmes considérations pathogéniques, aussi serons-nous très bref sur ce chapitre. Nous voudrions faire une simple remarque qui nous est directement suggérée par notre sujet. Quelques auteurs ont attribué au thymus un rôle dans la pathogénie du goitre exophtalmique ; cette théorie est appuyée sur des faits, la réviviscence de cet organe ayant été constatée à l'autopsie de plusieurs basedowiens adultes ; elle a même entraîné des applications au point de vue du traitement, et l'opothérapie thymique a été tentée plusieurs fois avec quelques résultats. Sans prétendre apprécier cette théorie, nous voudrions seulement en rapprocher ce fait que la maladie de Basedow est très rare pendant la période de la vie où le thymus remplit ses fonctions, et qu'elle est surtout exceptionnelle au moment où cet organe possède son maximum d'activité.

CONCLUSIONS

La maladie de Basedow, rare avant la puberté, est surtout exceptionnelle avant la huitième année ; elle n'a jamais été signalée chez le nourrisson.

Elle présente les mêmes symptômes chez l'enfant que chez l'adulte, mais avec une intensité généralement moindre. La tachycardie et le goitre existent d'une manière constante ; l'exophtalmie manque assez souvent ; le tremblement est rarement observé. On note fréquemment la coexistence de la chorée.

L'évolution de la maladie est souvent rapide. Les symptômes apparaissent et se développent en très peu de temps. La durée moyenne est abrégée.

La terminaison est ordinairement favorable. La mortalité est sensiblement plus faible que chez l'adulte ; le pronostic est donc plus bénin.

Vu par le Président de la thèse

HUTINEL

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Baginsky.** — Lehrbùch der Kinderkrankheiten. 1899, p. 731.
- Baldwin.** — The Lancet 1895. I, p. 145.
- Bootz.** — Inaug. Diss. Wurzbourg 1887, p. 51.
- Bouchut.** — Traité prat. des mal. des nouveau-nés, 7^e édit.
p. 273.
- Crohn.** — Archiv. für Kinderheilkunde 1883. Bd. IV, p. 98.
- Chvostek.** — Oesterreiches Jahrbuch für Padiatrik 1875. VI,
p. 51.
- Demme.** — Gerhardt's Handb. der Kinderkrank. III. 2^e partie, p. 397, 1878.
- Klin. Mittheil. aus dem Gebiete der Kinderheilk.
Berne, 1891.
- Despine et Picot.** — Manuel des mal. de l'enf. 5^e édition.
- Düsch.** — Gerhardt's Handb. der Kinderkr. IV, 1, p. 396.
- Ehrlich.** — Inaug. Diss. Berlin 1890, p. 5.
- Gagnon.** — Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1876, XXIII,
p. 617.
- Hawkes.** — The Lancet. 1861, II, p. 131.
- Henoch-Romberg.** — Klin. Wahrnehm. and Beobacht. Berlin 1851, p. 178.
- Hock.** — Wiener med. Press. 1895, p. 1064.

- Jacobi.** — Amer. Journ. of obstetric and Dis. of Women and Children, 1875 juin.
- New-York med. Record 1879. XVI, n° 1.
- Kalm.** — Inaug. Dissert. Göttingen 1885, p. 39.
- Krauss.** — Wien. Klin. Wochenschr. 1891, p. 898.
- Kronthal.** — Berlin. Klin. Wochenschr. 1893, n° 27, p. 651.
- Labarraque.** — Union médicale 1860, n° 142, p. 435.
- Lewin.** — Inaug. Diss. 1888, p. 11.
- Müller.** — Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1889, p. 242.
- Pepper.** — New-York méd. Record 1877. Août, p. 545.
- Prael.** — Archiv für Ophtalmol. 1857. III. 2^e partie, p. 206.
- Rosenberg.** — Berliner Klin. Wochenschr. 1865, n° 50, p. 496.
- Schvekendick.** — Allg. med. Central Zeit. 1883, n° 82, p. 1082.
- Solbrig.** — Zeitschr. für Psychiatrie 1871. Bd. 27, p. 5 et 8.
- Steiner.** — Arch. für Kinderheilk. 1896. XX et XXI.
- Wiener med. Blatter 1897, p. 95.
- Sutton.** — British med. Journ. 1878. II, p. 170.
- Variot.** — Bull. de la Soc. de Pédiatrie juin 1901, p. 197.
- Weidemann.** — Inaug. Diss. Berlin 1886, p. 45.
- Züber.** — Arch. de méd. des enfants, 1900 n° 10, p. 606.

